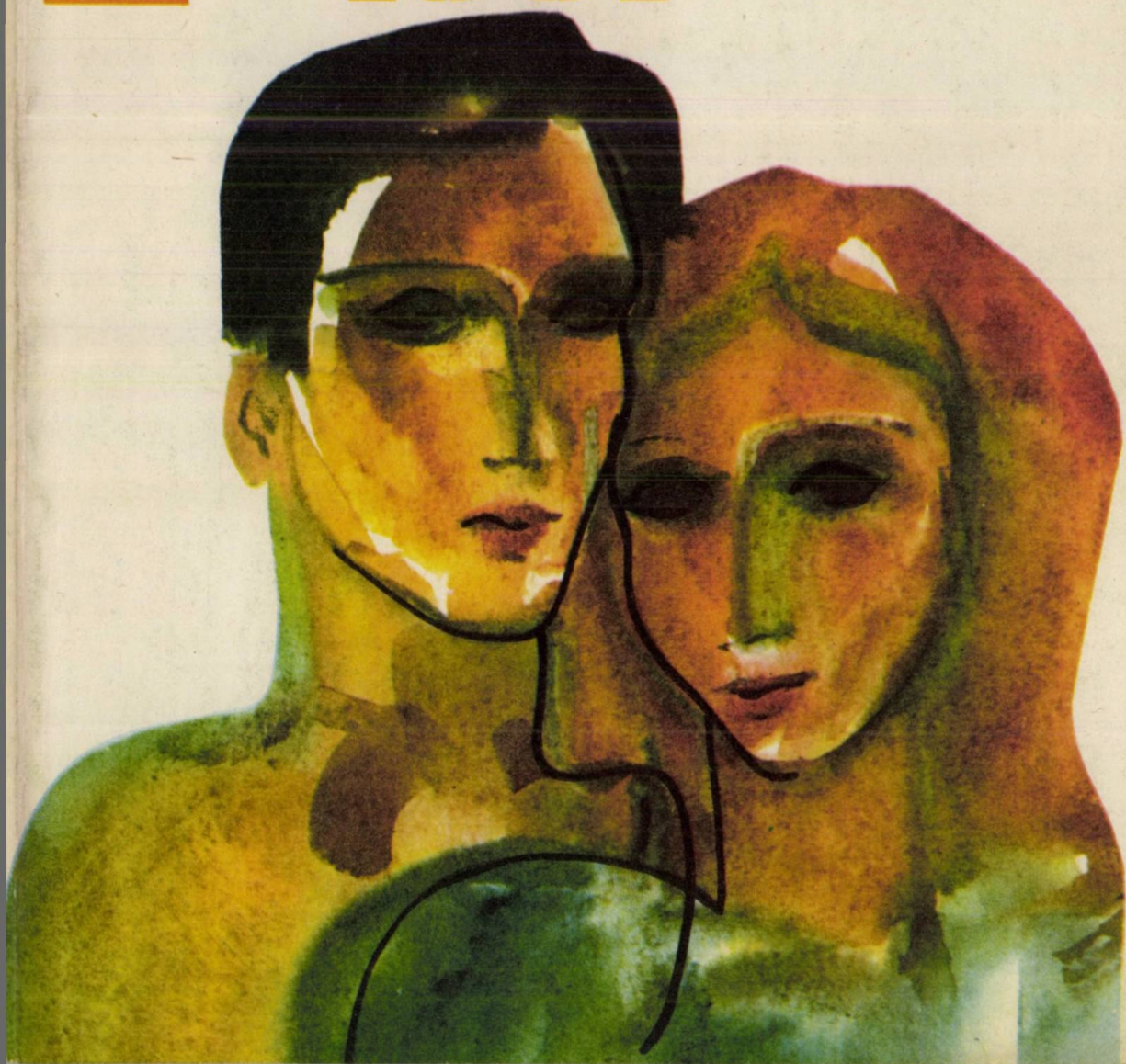


ALMANAHUL REVISTEI

SĂNĂTATEA



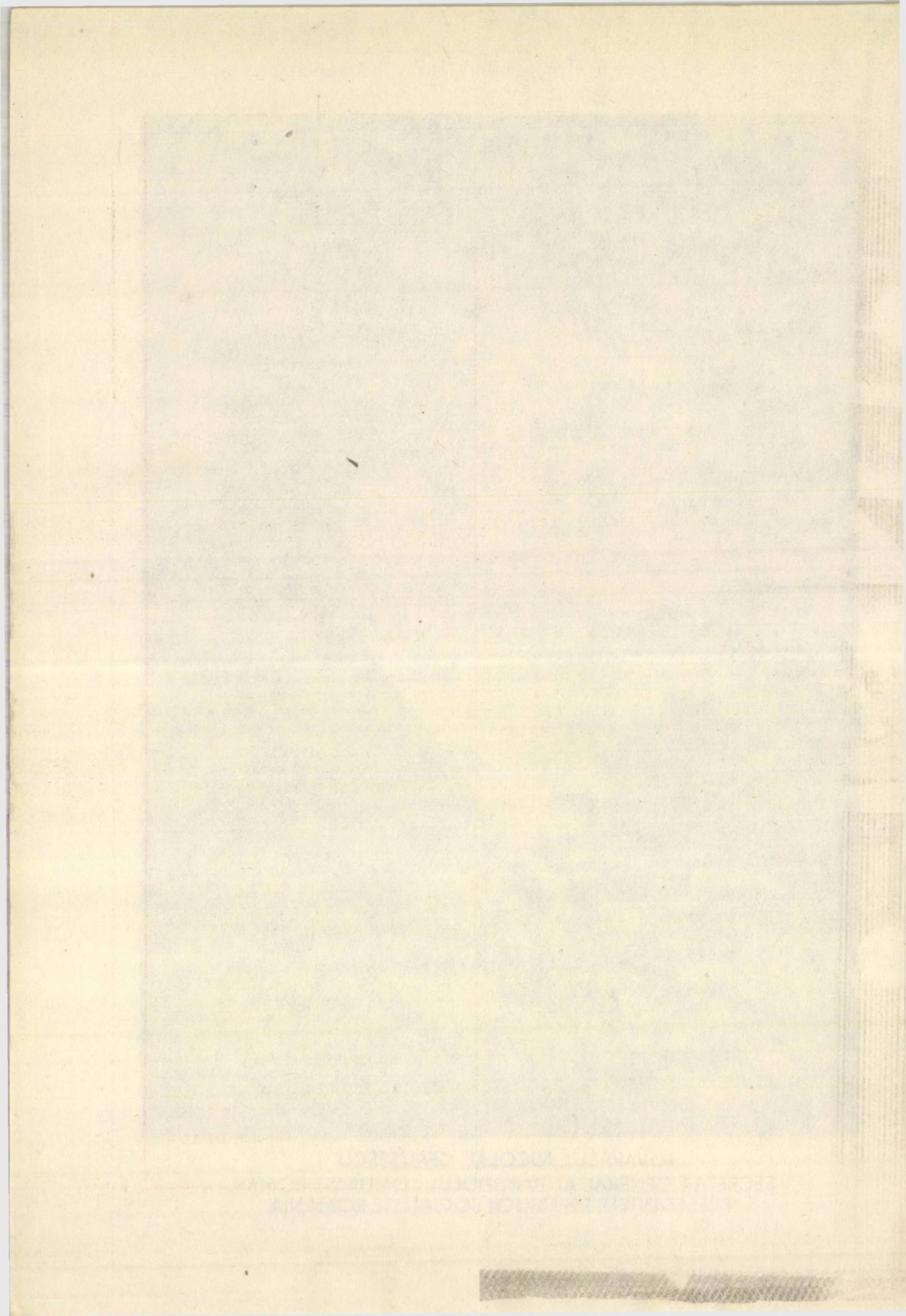
1981

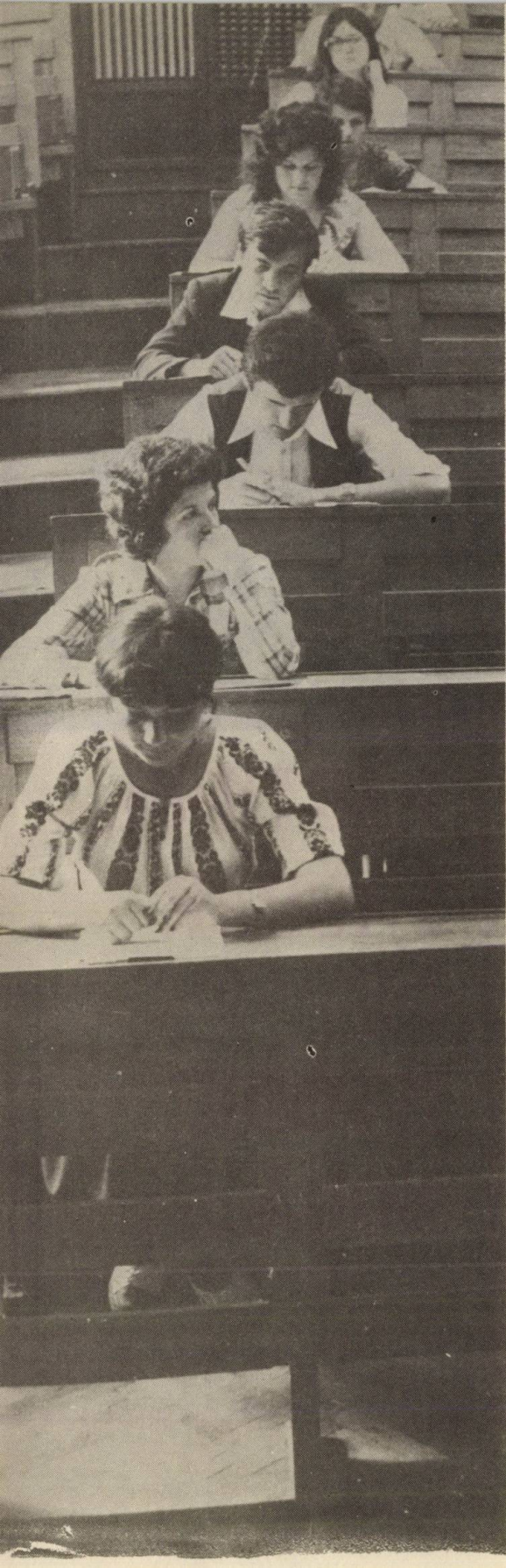


Muzeul Presei Sever Bocu
Jimbolia



TOVARĂȘUL **NICOLAE CEAUȘESCU**
SECRETAR GENERAL AL PARTIDULUI COMUNIST ROMÂN,
PREȘEDINTELE REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA





LUMINA DIN ADÎNC

*Există o lumină din adînc
Din veacurile ce au fost și vin
Există o lumină fără seamăn
În plaiul-nalt de doruri, carpatin*

*O poartă Oltul ce își dă binețe
Cu Mureșul la început de cale,
Floarea de colț o oglindește-n sine
Stejarii-n ramuri o rotesc agale*

*Există o lumină din adînc
Prin care voievozi au nemurit
Prin vremuri drumul, fără ostentire
Călcîndu-l în statuia unui mit*

*Pe roată scris, pentru vecie, Horea
Lumină deveni-n adînc de glie
Și fluierul lui Iancu fără moarte
În fluierile munților învie*

*Om lingă om, oștean lingă oștean,
Și-au iatuat destinul în istorii
Purtînd lumina faptei spre adînc
Ca să răsară-n necuprinse glorii*

*Există o lumină în adînc
Ne așezăm făptura-n trupu-i lin
Și viața dusă imn vieții noi
Ne e mesaj de gînd și de destin*

*Cresc demn tulpini din rădăcini ce-au
fost,
Sînt inimile aripi în amiază
Urcînd pe al luminii lujer drept
Zborul ce-n largul visului cutează*

*Miraculos distanțe ne cuprind
Și inerții le-nțemnițăm lucid
Lumina din adînc e călăuză
Pe drumul nou, de comunist partid*

*Există o lumină în adînc
Păstrează veșnic tînără comoară
Sub nimbu-i vast ne scriem viitorul
Și-i spunem simplu: dragoste de țară.*

Nicolae DRAGOȘ



„Tot ceea ce realizăm în patria noastră este destinat dezvoltării generale a țării, precum și ridicării nivelului de trai al poporului — esența societății socialiste, esența politicii partidului nostru comunist care pune pe prim plan omul cu necesitățile sale, manifestarea plenară a personalității umane, realizarea unei societăți în care omul să se bucure din plin de cuceririle civilizației materiale și spirituale, să fie participant activ la făurirea propriului său destin“.

NICOLAE CEAUȘESCU

PARTIDUL, FĂURAR DE ISTORIE NOUĂ

Prag de an nou, 1981. Confluență a două decenii, confluență a două cincinale și prilej de speranțe românești spre mai bine pe o planetă care nu mai vrea să fie bîntuită de spaime atomice, de crize și neajuni.



Prag de an nou, dar și moment marcant de rememorare a 60 de ani de istorie începută în acel mai 1921, odată cu crearea Partidului Comunist Român. Șase decenii traversând perioade grele în care partidul s-a afirmat ca centrul vital al națiunii. Cu rădăcini adânci în lupta poporului român, adunînd într-un șuvoi de energii aspirațiile permanente în istoria noastră de două ori milenară, partidul a preluat și dezvoltat bogatele tradiții ale mișcării muncitorești din România, militînd cu consecvență pentru înfăptuirea idealurilor scumpe poporului, idealuri ce i-au asigurat nealterată peste veacuri, în pofida vicisitudinilor, ființa națională și i-au adus înflorirea, unitatea și independența.

Consecvent țelurilor sale politice — construirea socialismului și comunismului pe pămîntul României, orînduiri care oferă tuturor membrilor societății deplina afirmare și cele mai înalte drepturi economice, sociale și politice —, partidul a stabilit pentru

fiecare etapă strategii și tactici necesare mersului nostru înainte, potrivit particularităților construcției noii societăți în România. Stau mărturie în acest sens documentele congreselor partidului și prevederile planurilor de dezvoltare economică care ne-au condus la importante realizări economico-sociale, înfăptuite prin oameni și pentru oameni în condițiile în care pe plan mondial se înregistrau nu ritmuri de dezvoltare, nu progres, ci regres economic.

Dintre aceste realizări se reliefează mai ales cele din ultimii 15 ani, etapa cea mai fertilă din istoria nouă a țării.

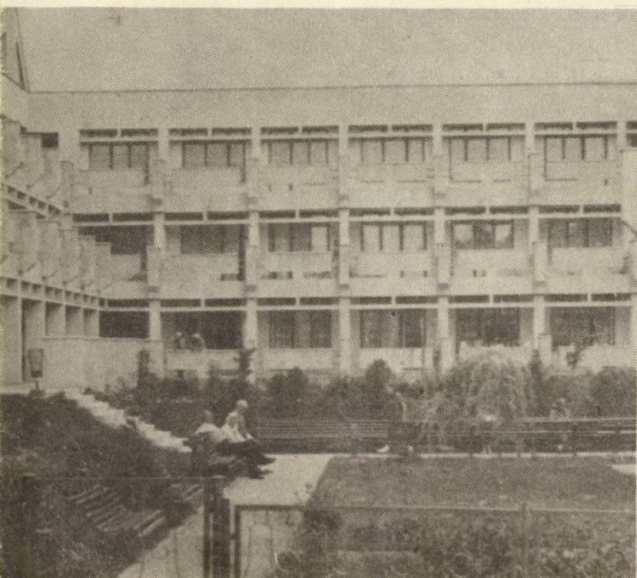
Întregul popor leagă indisolubil toate aceste înfăptuiri de numele, gîndirea și fapta marelui om politic, înflăcăratului patriot și eminentului revoluționar, **tovarășul Nicolae Ceaușescu**, identificat din fragedă tinerețe cu idealurile și năzuințele poporului și care, investit cu suprema funcție de conducere în partid, a avut și are un rol decisiv în elaborarea și înfăptuirea politicii partidului.

În trăsăturile proprii activității sale — principialitatea și intransigența revoluționară, nesecatul dinamism și consecvență în propulsarea noului, contactul strâns cu oamenii muncii, devotamentul fierbinte față de interesele vitale ale națiunii, față de cauza comunismului — și-au găsit o strălucită întruchipare acele caracteristici ale partidului care-i asigură tăria de nebiruit.

Tabloul luminos al marilor perspective deschise de Programul partidului atestă cu argumentul faptelor că în centrul întregii politici a partidului și statului se află omul, afirmarea plenară a personalității sale; în același timp, el reflectă constanta preocu-

pare pentru salvagardarea păcii, realizarea securității și asigurarea progresului tuturor națiunilor lumii. Sînt coordonate fundamentale ale politicii României socialiste ce poartă pecetea gândirii și acțiunii președintelui țării.

La încheierea celui de-al șaselea cincinal în România se asigură dezvoltarea în ritmuri susținute a întregii vieți economico-sociale, condiții de muncă și de trai mereu mai bune membrilor săi. Sintetizînd eforturile întregului popor, cifrele vorbesc despre etapa parcursă: producția industrială a sporit ritmic: producția netă cu 10,6 la sută, iar cea globală cu 10 la sută, demonstrînd



că valoarea adăugată, producția nou creată este singura ce asigură creșterea avuției naționale și a bunăstării poporului.

Pe ansamblu, industria socialistă a cunoscut o substanțială dezvoltare, s-a modernizat, contribuind hotărîtor la valorificarea superioară a resurselor naționale, la ridicarea nivelului tehnic al întregii economii, ceea ce asigură competitivitatea produselor românești pe plan internațional.

Aplicarea largă a cuceririlor revoluției tehnico-științifice, perfecționarea învățămîntului, a întregului proces de calificare a

forței de muncă, concentrarea atenției generale spre laturile calitative, intensive ale procesului de creștere economică au determinat sporirea productivității muncii, reducerea cheltuielilor materiale de producție.

Agricultura și-a lărgit și modernizat baza tehnico-materială, înregistrând un ritm de creștere al producției de peste 5 la sută. Orientarea fondurilor de investiții spre principalele sectoare ale producției materiale reflectă preocuparea constantă a partidului și statului nostru pentru creșterea rapidă a forțelor de producție și ridicarea, pe acest temei, a bunăstării poporului.

Semnificativ, într-un moment în care curba șomajului se ridică vertiginos în Eu-





ropa și America, afectând mai ales tinăra generație, la noi au fost create în 5 ani 1 100 000 noi locuri de muncă, din care peste 500 000 în industrie, a crescut puternic ponderea clasei muncitoare și a altor categorii sociale în producția materială și s-a redus cu circa 30 la sută ponderea celor ocupați în agricultură.

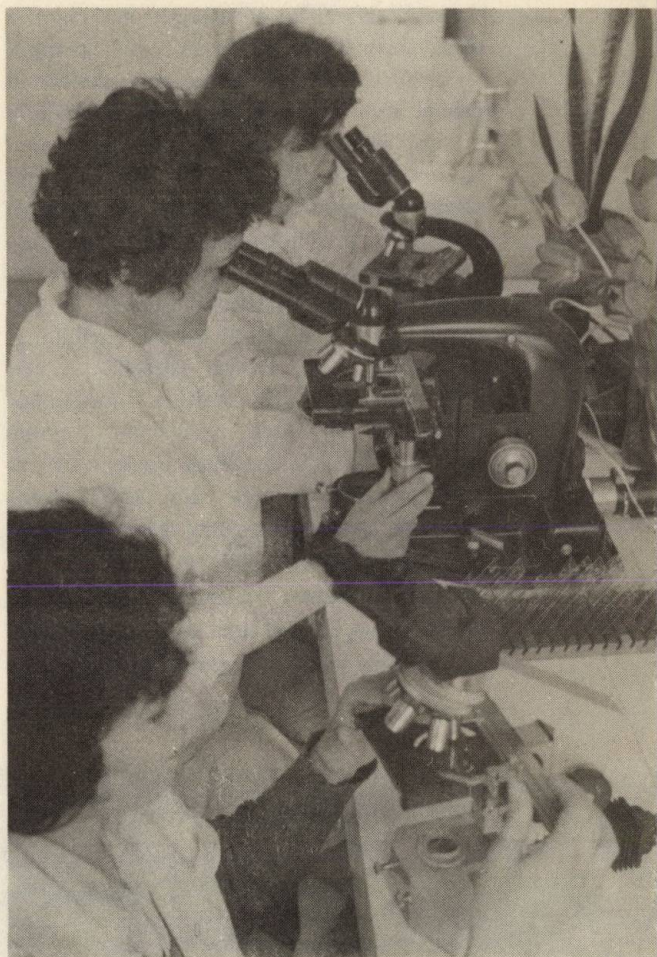
Sporirea an de an a venitului național a avut drept urmare mutații profunde în condițiile de muncă și de viață, a favorizat creșterea în ritm rapid a bunăstării întregului popor. Am înregistrat în același timp dezvoltarea armonioasă economico-socială a tuturor localităților, repartizarea rațională a forțelor de producție pe întreg teritoriul țării, sistematizarea într-o viziune modernă a tuturor așezărilor patriei.

Eforturile uriașe în construcția de locuințe sînt evidente: dacă în urmă cu 15 ani fondul locativ de stat reprezenta doar 191 488 de locuințe, în 1980 numărul apartamentelor aflate în gospodărirea consiliilor populare

se ridică la 1 441 217. S-au înălțat, totodată, noi și numeroase edificii sociale și de cultură, investițiile pentru cultură și sănătate ajungînd în 1980 la 6,1 miliarde de lei, față de 1,339 miliarde de lei în 1965.

Deosebit de elocvent este și numărul mare de oameni ai muncii, studenți, elevi și preșcolari care au beneficiat din plin de dreptul la odihnă și tratament în stațiuni balneare, tabere de vacanțe la munte și la mare, număr care a sporit de la 630 000 în 1965 la 1 900 000 astăzi.

Dreptul la învățătură, care asigură accesul tuturor copiilor, al întregului tineret la noile cuceriri ale științei și tehnicii, înseamnă azi nu numai creșterea substanțială a cheltuielilor statului pentru dezvoltarea bazei materiale a învățămîntului, ci și acordarea de burse și alte forme de sprijin material elevilor și studenților. Numai în anul școlar trecut, în toate formele de învățămînt au fost cuprinși peste 6 milioane de copii și tineri, care au beneficiat de 3 000 de



noi săli de clasă, 35 000 de locuri în internate și aproape 11 000 de locuri în ateliere-școală, de numeroase săli de sport, sate de vacanță și complexe culturale. Un efort deosebit dacă avem în vedere că statul cheltuiește anual peste 6 000 de lei pentru un copil din creșă, circa 2 400 de lei pentru un preșcolar din grădiniță, 2 200 de lei pentru un elev din ciclul primar sau gimnazial, 4 000 de lei pentru un elev de liceu și peste 12 000 de lei pentru un student.

Asigurarea unui spor demografic corespunzător, optimizarea sănătății publice, protecția mediului de muncă și de viață constituie premise esențiale pentru întărirea vigoriei întregii populații, pentru o par-

tipicare activă la construcția socialistă a țării. Extinderea și diversificarea acțiunilor profilactice de prevenire și combatere în primul rând a acelor boli care grevează în măsură crescută starea de sănătate, capacitatea de muncă a omului; traducerea în viață a programelor pe termen lung pentru prevenirea și combaterea tuberculozei, bolilor cardiovasculare, maladii canceroase, hepatitei virale, diabetului zaharat; apărarea și întărirea sănătății mamei, copilului și tineretului sînt cîteva direcții principale ale activității sanitare. La îndeplinirea lor își aduc contribuția cadrele sanitare, activiștii de Cruce Roșie, cetățenii înșiși prin introducerea conceptului profilactic al „medicinii omului sănătos“, ca și prin aplicarea Planului unic de educație sanitară. În acest domeniu, Crucea Roșie, fidelă principiilor ei umanitare, își găsește un teritoriu vast de acțiune prin organiza-

rea unui mare număr de simpozioane, colocvii, mese rotunde, gale de filme, expuneri, concursuri — toate forme directe de influențare a populației în dobîndirea cunoștințelor sanitare și a comportamentului responsabil față de propria sănătate și a colectivității.

În același scop o mare atenție se acordă instruirii și educării sanitare a populației în probleme de prim-ajutor, care va fi continuată pînă în anul 1985 și al cărui obiectiv este ca toți cetățenii, începînd de la vîrsta școlară, să-și însușească tehnicile privind acordarea primului ajutor.

Izvorită din înaltul umanism socialist, grija pentru om se manifestă în societatea noastră pe multiple planuri. Astfel, cheltuielile social-culturale finanțate de la bugetul de stat pe o familie au cunoscut o dinamică mereu ascendentă. Dacă în 1970 ele reprezentau 5 200 de lei, în 1980 au crescut la



10 000 de lei. Alocația de stat pentru copii s-a mărit cu 30 la sută, fondurile acordate în acest scop, precum și pentru ajutoare oferite mamelor cu mulți copii depășind 50 miliarde de lei.

Prețuirea de care se bucură femeia-mamă se materializează și printr-o varietate de forme de sprijinire morală și materială a familiei — concediul plătit pre și postnatal de 112 zile; program de muncă redus la 6 ore cu pauze pentru alăptare pe o perioadă de 9 luni; gratuitatea asistenței medicale — măsuri al căror efect principal se materializează în circa 20 de nașcuți vii la mia de locuitori.

Dincolo de cifre stau faptele, eroica muncă a unui popor harnic ale cărui realizări s-au înfăptuit într-o perioadă istorică scurtă, demonstrând că socialismul și pacea răspund năzuințelor și cerințelor maselor populare și că se realizează împreună cu ele. De aceea, sub semnul unei mari răspunderi pen-

tru apărarea păcii, libertății și independenței popoarelor și pentru o nouă ordine economică internațională, glasul României s-a făcut din nou cunoscut prin „Declarația-Apel a Marii Adunări Naționale, Consiliului de Stat și Guvernului Republicii Socialiste România către toate parlamentele, organele supreme și șefii de stat, către guvernele și șefii de guverne, către toate popoarele țărilor participante la Conferința general-europeană de la Helsinki.”

Legătura indisolubilă între politica internă și externă, concordanța dintre vorbă și faptă, rezultată firească a politicii inspirate de înaltele idealuri ale bunăstării poporului și păcii în lume, găsesc o nouă și pilduitoare expresie în acest început de cincinal și de deceniu.

La glorioasa sa aniversare, partidul se înfățișează mai puternic ca oricând, strâns legat de masele cele mai largi, integrat organic în viața poporului — temelie și certitudine a tuturor împlinirilor viitoare.



ANUL ÎNTII AL CELUI DE-AL ŞAPTELEA CINCINAL

1981, primul an al noului cincinal. Etapă importantă în consolidarea realizărilor de până acum — deschizând ţării noastre noi perspective de progres.

În conformitate cu hotărârile Congresului al XII-lea, obiectivul fundamental al cincinalului 1981—1985 este continuarea pe un plan superior a îndeplinirii Programului partidului, creşterea şi modernizarea forţelor de producţie pe baza afirmării cu putere a revoluţiei tehnico-ştiinţifice, asigurarea unei noi calităţi în toate domeniile de activitate.

În analiza dinamicii ramurilor economice, ritmurile de dezvoltare stabilite pentru anul 1981 sînt mai ponderate, avînd în vedere tocmai necesitatea consolidării cuceririlor de până acum.

Pe ansamblul ţării, industria, al cărei rol rămîne în continuare hotărîtor, va înregistra un ritm de 8,1 la sută la producţia netă şi 7 la sută la producţia-marfă şi globală; ea va asigura produse de înaltă tehnicitate şi calitate, cu un consum redus de energie şi materii prime; se va obţine, totodată, o creştere a gradului de valorificare a materiilor prime şi energiei, iar prin recuperare o bună parte din necesarul intern de fier, metale neferoase, fibre şi fire textile, uleiuri minerale şi alte materii prime. Folosirea deplină a capacităţilor existente, creşterea gradului de utilizare a instalaţiilor, buna aprovizionare tehnico-materială, creşterea productivităţii, reducerea la strictul necesar a personalului auxiliar şi neproductiv şi creşterea celui direct productiv, organizarea raţională a producţiei şi a muncii — toate vor permite înregistrarea ritmului de dezvoltare propus. Acestea i se va alătura şi mica industrie, cu ajutorul căreia se va intensifica descoperirea de noi materii prime, creîndu-se noi surse materiale pentru economie. Accelerarea procesului de dezvoltare intensivă a agriculturii în vederea valorificării cu eficienţă sporită a marelui potenţial productiv existent în această ramură de bază a economiei româneşti constituie una din prio-



rităţile planului pe anul 1981. Prevederile indică obţinerea a 23 milioane de tone de cereale şi o substanţială creştere a producţiei zootehnice.

Întregul proces de consolidare a economiei naţionale în ansamblu, ca şi în profil teritorial este susţinut de un program de investiţii egal cu cel din 1980, dimensiunile acestuia presupunînd exigenţă sporită şi maximă eficienţă, pe măsura marelui efort constructiv al poporului.

Corespunzător principiilor de politică externă promovate cu consecvenţă de partidul şi statul nostru, România va acţiona neabătut pentru dezvoltarea neîngrădită a comerţului între ţări, a cooperării economice şi tehnico-ştiinţifice între state, pentru instaurarea unei noi ordini economice internaţionale. Întreaga activitate de comerţ exterior se va desfăşura în primul an al noului cincinal în spiritul unui sever regim de economii a fondurilor valutare, pentru o balanţă comercială activă, care să acopere integral valoarea importurilor prin exporturi corespunzătoare.

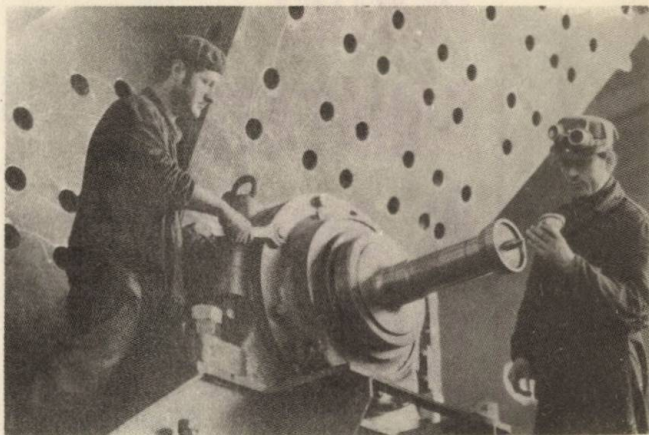
Prevederile planului demonstrează astfel că socialismul ce se făureşte în România

este societatea bunei gospodării, a chibzuinței, a folosirii raționale a mijloacelor existente, o societate dreaptă și echitabilă în care calitatea devine lege de bază a oricărei activități.

Politica profund umanistă a partidului și statului nostru se evidențiază pregnant în Planul național unic de dezvoltare economico-socială pe anul 1981. Fondul de retribuie va ajunge astfel la aproape 228 miliarde de lei, retribuția reală urmînd să sporească cu 3,4 la sută pentru personalul muncitor, iar veniturile reale ale țărănimii pe o persoană activă cu 3,3 la sută. Este semnificativ pentru grija pe care secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, o acordă creșterii continue a nivelului de trai al oamenilor muncii faptul că la indicția sa cifrele inițiale au fost sporite cu 10 miliarde de lei la livrările de bunuri de consum pentru fondul pieței, cu 500 milioane de lei prestările de servicii și cu 5 000 numărul apartamentelor, prevăzîndu-se pentru anul 1981 darea în folosință a 185 000 de apartamente. În același timp, baza materială a învățămîntului și ocrotirii sănătă-

ții, culturii fizice și sportului va continua să se dezvolte prin intrarea în exploatare a numeroase obiective în curs de execuție.

Așadar, obiectiv unic — sporirea continuă a bunăstării întregului popor.



INVESTIȚII PENTRU SĂNĂTATE ÎN JUDEȚELE ȚĂRII

documentar

ALBA: Între anii 1968 și 1980 s-au dat în folosință importante obiective sanitare: Spitalul județean din Alba Iulia cu 700 de paturi, 4 dispensare-policlinici, centrul stomatologic, stația de salvare, modernul spital din localitatea minieră Baia de Arieș, maternitatea din Cugir, două noi pavilioane la Spitalul orașenesc Aiud, precum și 10 noi dispensare medicale rurale. Numărul paturilor de spital este astăzi de 3 356 (8,1 la 1 000 de locuitori, față de 4,2 la 1 000 de locuitori în 1965), iar al locurilor în creșe de 2 000 (de aproape 10 ori mai mare ca în 1965). În anul 1981 vor fi date în folosință spitale cu 250 de paturi și dispensare policlinici în orașele Ocna Mureș, Blaj și Cîmpeni, se va construi un spital similar la Aiud, un complex de recuperare medicală și un centru de recoltare și conservare a singelui la Alba Iulia. 123 de dispensare medicale — dintre care 67 rurale și 31 de întreprindere, precum și 80 de cabinete de stomatologie (dintre care 30 în mediul rural) contribuie astăzi la asistența sanitară a populației. Ca urmare a acestei ample dezvoltări, mortalitatea infantilă a scăzut de la 40 la mia de născuți vii în anul 1965 la 20,9 în prezent, iar indicii de morbiditate specifică se mențin la un nivel scăzut: 48,4 cazuri la 100 000 de locuitori în anul 1979.

ARAD: Numai în cincinalul 1976—1980 s-au construit 9 dispensare (dintre care 8 rurale), un dispensar policlinic în orașul Sebiș (în fotografie), un dispensar policlinic județean de stomatologie și s-au alocat 15,5 milioane pentru aparatură medicală. Numărul paturilor de spital este în prezent de 4 040,



iar al locurilor în creșe a depășit 2 000, prin construirea în ultimii ani a 9 obiective cu peste 1 000 de locuri. În cincinalul viitor se vor da în folosință: spitalul județean cu 700 de paturi și dispensar policlinic, stația de salvare și centrul de recoltare și conservare a singelui, Centrul de recuperare neuromotorie pentru copii din Dezna, 11 dispensare rurale, două dispensare urbane și o creșă cuplată cu grădiniță.



ARGEȘ: 15 spitale cu 5 087 de paturi, dintre care modernul spital județean (în fotografie), 10 dispensare policlinici, 94 de dispensare rurale și 23 urbane, 28 de creșe cu 2 725 de locuri, un centru stomatologic și o modernă stație de salvare (ambele în municipiul Pitești) constituie actuala bază materială a ocrotirii sănătății populației argeșene. În anul 1981 va fi dat în folosință noul spital de copii din Pitești, cu 500 de locuri și dispensar policlinic, spitalele din Cîmpulung și Curtea de Argeș cu cîte 430 de paturi. O preocupare permanentă o constituie acțiunile profilactice în marile întreprinderi, în școli și institutele de învățămînt superior, cu participarea medicilor specialiști, de promovare a unei alimentații și vieți raționale, de consolidare a igienei la locul de muncă și în familie, de protejare a mediului ambiant; de asemenea, acțiunile de recuperare a celor suferinzi.

BACĂU: În ultimii 15 ani s-au construit Spitalul județean Bacău și blocul său chirurgical cu 700 de paturi (în fotografie), centrele județene de recoltare și conservare a singelui și sanitaro-antiepidemic, spitale în municipiul Gh. Gheorghiu-Dej, orașele Buhuși și Moinești, un dispensar policlinic în orașul Comănești, 21 de dispensare medicale teritoriale, 30 de creșe cu 3 155 de locuri și 3



leagăne de copii (două în municipiul Bacău) cu 774 de locuri. Dacă în 1965 în județ lucrau 559 de medici și 1 933 de cadre cu pregătire medie sanitară, astăzi lucrează 841 de medici și 3 351 de cadre cu pregătire medie. În cincinalul 1981—1985 se vor construi un spital în comuna Podul Turcului, noul pavilion materno-infantil de la Spitalul municipiului Gh. Gheorghiu-Dej și 6 noi dispensare medicale teritoriale. În ultimii 15 ani natalitatea a crescut de la 21,1 la mie la 21,3 la mie, mortalitatea infantilă a scăzut de la 59,8 la 35,4 la mie de nou-născuți vii, iar mortalitatea generală a înregistrat în anul 1979 unul dintre cei mai scăzuți indicatori față de media pe țară — 7,8 la 1 000 de locuitori.



BIHOR: 138 de dispensare medicale, dintre care 20 de întreprindere, 15 dispensare policlinici, 14 spitale cu 6 130 de paturi — între care și Spitalul de pediatrie din Oradea (în fotografie), 27 de creșe cu aproape 3 000 de locuri și un leagăn de copii cu 450 de locuri constituie rețeaua unităților sanitare ale județului. Sînt în curs de construcție: un spital cu 250 de paturi și dispensar policlinic în orașul Salonta, un dispensar policlinic în orașul Marghita, o creșă cu 180 de locuri, cuplată cu grădiniță, la Oradea, numeroase dispensare medicale rurale. Faptul că un medic asigură asistența la 630 de locuitori, iar o soră

medicală la 158 de locuitori atestă continua îmbunătățire a prestațiilor sanitare și explică examinarea a peste 100 000 de adulți și aproape 30 000 de copii în scopul depistării factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat și obezității, precum și al depistării anomaliilor de dezvoltare la copii ale sistemului osteoarticular, ale celor dento-maxilare și a cariei dentare; de asemenea, efectuarea unui studiu pe 12 000 de tinere fete pentru depistarea tulburărilor care pot duce la scăderea infertilității.



BISTRITA-NĂSĂUD: Un spital județean în municipiul Bistrița cu dispensar policlinic (în fotografie), un spital orașenesc la Năsăud, un spital de psihiatrie la Beclean, o secție de neuropsihiatrie infantilă (la Susenii Birgăului), 4 dispensare policlinici, 53 de dispensare rurale — dintre care 34 cu case de nașteri —, 9 urbane și 10 de întreprindere reprezintă baza materială a ocrotirii sănătății. În cincinalul 1981—1985 se va da în folosință noul spital orașenesc din Năsăud cu 430 de paturi și dispensar policlinic și se vor construi: un spital cu 250 de paturi în orașul Beclean, un centru de recoltare și conservare a sîngelui la Bistrița, 4 dispensare rurale și o creșă.

BOTOȘANI: 6 spitale moderne, dintre care cel județean cu 700 de paturi, un spital comunal, preventorii, case de nașteri și staționare de copii totalizează 4 787 de paturi, iar creșele și leagănele de copii, 1 277 de locuri. Dintre noile unități sanitare menționăm spitalul județean (cu secții de interne, chirurgie, oftalmologie, O.R.L., cardiologie, neurologie și ortopedie-traumatologie) și spitalul de recuperare, cuplat cu dispensar policlinic industrial, din municipiul Botoșani. Sînt în construcție: o nouă maternitate cu 400 de paturi, o stație de salvare și un dispensar urban la Botoșani, 7 dispensare rurale și 2 creșe cu câte 100 de locuri în orașele Darabani și Săveni.

BRAȘOV: Prin darea în folosință la sfîrșitul anului 1979 a Spitalului municipal Făgăraș, cuplat cu dispensar policlinic, județul beneficiază de 5 201 paturi de spital. Noile dispensare policlinici — al Întreprinderii



„Steagul roșu”-Brașov și din orașele Săcele și Rîșnov (în fotografie), precum și numeroasele noi dispensare rurale atestă continua dezvoltare a bazei materiale. În anii viitori se vor da în folosință Spitalul de pediatrie din Brașov cu 500 de paturi și dispensar policlinic, spitalele orașenești Codlea și Zărnești (240 de paturi), precum și din orașul Victoria (200 de paturi) și un dispensar policlinic în municipiul Brașov, se vor extinde spațiile de spitalizare la Spitalul Întreprinderii „Tractorul”-Brașov. Semnificative sînt și dotările cu aparatură medicală la nivelul cerințelor actuale din cadrul secției de cardiologie a spitalului județean, al laboratorului de dializă extrarenală din cadrul serviciului de terapie intensivă, dotat cu instalații de filtrare și dedurizare a apei, al laboratorului de cobaltoterapie, intrat în funcțiune la începutul anului 1979.



BRĂILA: În ultimii 15 ani s-au dat în folosință: un dispensar policlinic în municipiul Brăila (în fotografie), o stație de salvare, un centru de recoltare și conservare a singelui, un centru de stomatologie, 24 de dispensare rurale (cu case de nașteri și cabinete de stomatologie), 2 dispensare urbane duble (adulți și copii). De la un medic la 1 020 de locuitori în anul 1968, raportul este astăzi de un medic la 536 de locuitori. Dintre succesele obținute în domeniul ocrotirii sănătății menționăm: scăderea continuă a morbidității prin tuberculoză și prin incapacitate temporară de muncă, datorită îmbunătățirii asistenței medicale profilactice în unitățile economice, creșterii calității asistenței medicale a mamei, copilului și tineretului.

BUZĂU: Modernizarea dispensarelor rurale în ultimul deceniu, prin construirea a 17 construcții, renovarea a încă 23 a fă-

cut ca astăzi 80 la sută din aceste unități sanitare să dispună de sedii corespunzătoare cerințelor actuale; de asemenea, spații corespunzătoare au dispensarele de întreprindere (în care funcționează cabinete de stomatologie și puncte de laborator). Acoperirea județului cu o rețea de cabinete și centre stomatologice (cel mai recent în municipiul Buzău), creșterea numărului paturilor de spital la 3 691 (față de 2 180 de paturi în anul 1968) și a locurilor în creșe la 1 300 sînt progrese care se reflectă în îmbunătățirea stării de sănătate a populației, reducerea mortalității infantile și a procentului de cazuri de incapacitate temporară de muncă în unitățile economice.



CARASEBERIN: În ultimii 15 ani s-au dat în folosință spitale noi în municipiul Feștița (1 385 de paturi), la Caransebeș (în fotografie) și Moldova Nouă, indicele de asigurare cu paturi de spital ajungînd la 9,27 la mie de locuitori. De asemenea, o stație de salvare și un modern centru stomatologic la Reșița, un dispensar policlinic la Oțelul Roșu, 16 dispensare comunale și numeroase creșe, numărul locurilor ajungînd aici la 1 593. Astăzi un medic asigură asistență la 606 locuitori, iar o soră medicală la 194 de locuitori. Noua calitate a vieții se confirmă și prin faptul că incapacitatea temporară de muncă și numărul îmbolnăvirilor profesionale se situează pe o curbă continuu descendentă, iar mortalitatea infantilă este de 27,7 la mie. În cincinalul 1981-1985 se vor construi un spital cu dispensar policlinic în orașul Oțelul Roșu și un dispensar policlinic în municipiul Reșița.

CLUJ: O dezvoltare fără precedent a cunoscut baza materială a sănătății în ultimii 15 ani, noi spitale de boli infecțioase, de boli profesionale, de recuperare fiind date în folosință în centrul medical universitar Cluj-Napoca. Cel mai nou — Spitalul Întreprinderii „Clujana”, construit în anul 1979 (cu 250 de paturi și dispensar policlinic cu 520 de consultații pe zi), asigură asistența medicală de specialitate a peste 30 000 de oameni ai muncii de pe platformele industriale ale orașului. De asemenea, municipiul Dej are un modern spital cu 430 de paturi și dispensar policlinic (în fotografie). Astăzi, un medic acordă asistență la



421 de locuitori în timp ce în anul 1975 acorda asistență la 495 de locuitori. În cincinalul 1981—1985 se vor da în folosință noi spitale cu dispensare policlinici la Turda (430 de paturi), Huedin (200 de paturi) și Cîmpia Turzii (50 de paturi).



CONSTANȚA: Dezvoltarea bazei materiale a asistenței sanitare în ultimii 15 ani se atestă în primul rând prin creșterea numărului de paturi de spital — de la 2 384 în anul 1966 la 4 300 de paturi astăzi; apoi a numărului unităților sanitare, care a dus la creșterea numărului prestațiilor pe un locuitor de la 5,73 în anul 1966 la 7,60 în anul 1979. A crescut și numărul creșelor — de la 5 cu 165 de locuri în anul 1965 la 300 de creșe cu orar săptămânal, cu 1 800 de locuri. S-a construit Creșa „Constanța”, unitate care coordonează activitatea medicală și economică a celor 17 creșe din municipiu și din Năvodari. Dintre succesele pe frontul ocrotirii sănătății notăm: procentul natalității a crescut de la 12,3 în 1966 la 17,1 la mie, al sporului natural al populației la 9 la mie, al mortalității generale a scăzut la 7 la mie, iar al mortalității infantile de la 42,5 mie la 35,4 la mie. În cincinalul viitor la spitalul județean va funcționa o secție de cobaltoterapie, spitalele din Medgidia, Hirsova și Cernavodă își vor mări capacitatea de spitalizare, iar în municipiul Constanța se vor construi un dispensar policlinic (macheta în fotografie), un centru stomatologic și noi creșe.

COVASNA: Baza materială a ocrotirii sănătății a cunoscut o dezvoltare continuă, din anul 1968 construindu-se 36 de noi uni-

tăți sanitare, între care noul spital județean cuplat cu dispensar policlinic, un centru stomatologic, noi spații pentru secțiile de boli contagioase, psihiatrie, neuropsihiatrie infantilă și boli cronice, noul pavilion cu 200 de paturi pentru copii, un bazin de înot și o sală de gimnastică la Spitalul de cardiologie din orașul Covasna, precum și 17 dispensare rurale. În prezent se dispune de 2 833 paturi de spital. S-au îmbunătățit principalii indicatori ai stării de sănătate a populației: sporul natural al populației este de aproximativ 11 la mie de locuitori, natalitatea de circa 20 nou-născuți la 1 000 de locuitori, mortalitatea infantilă de aproximativ 27 la 1 000 de nou-născuți, iar mortalitatea generală de 10 la 1 000 de locuitori; de asemenea, a scăzut morbiditatea prin incapacitate temporară de muncă. Grijă față de tînăra generație se reflectă și în creșterea numărului de locuri în creșe, în prezent funcționând în municipiul Sf. Gheorghe 6 creșe cu 650 de locuri, în orașul Baraolt două creșe cu 200 de locuri, în orașele Covasna și Întorsura Buzăului câte o creșă cu 100 de locuri. Suma cheltuielilor anuale pentru dezvoltarea bazei materiale a ocrotirii sănătății este de 587 de lei pe fiecare locuitor al județului.



DÎMBOVIȚA: Concomitent cu dezvoltarea producției materiale s-a extins și perfecționat rețeaua instituțiilor sanitare, dîndu-se în folosință Spitalul județean (1 290 de paturi), Spitalul Titu (100 de paturi), secțiile de pediatrie și de maternitate de la Spitalul Moreni (150 de paturi), de pediatrie de la Spitalul Găiești (80 de paturi), de chirurgie de la Spitalul Pucioasa (80 de paturi). Numărul paturilor de spital a crescut de la 1 612 în 1968 la 3 226 în prezent. De asemenea, în ultimii 15 ani s-au construit dispensare policlinici la Tirgoviște și Găiești, 35 de dispensare în localități rurale (în fotografie, cel din comuna I.L. Caragiale), un centru stomatologic la Tirgoviște. Și numărul personalului sanitar a crescut continuu — de la 389 de medici în anul 1968 la 694 de medici în 1980 (un medic la 720 de locuitori) și de la 1 389 personal sanitar cu pregătire medie în anul 1968, la 2 398 în prezent (1 la 200 de locuitori). În cincinalul viitor se vor construi: noi spații la Spitalul din Găiești (200 de paturi) și Spitalul din Pucioasa (250 de paturi), noi dispensare medicale rurale.



DOLJ: Dacă în anul 1965 unitățile sanitare din acest județ dispuneau de 3 223 de paturi (4,7 paturi la 1 000 de locuitori), un medic asigura asistență la 2 000 de locuitori, iar fondurile bugetare alocate ocrotirii sănătății totalizau 160 milioane de lei, în anul 1980 se dispune de 7 000 de paturi de spital (9 paturi la 1 000 de locuitori), un medic asigură asistența la 746 de locuitori, iar fondurile bugetare au crescut la 424,7 milioane de lei. Investițiile au crescut, de asemenea, de la 13 milioane în cincinalul 1960—1965 la 280 milioane de lei în cincinalul actual. În anii 1975—1980 s-au construit noi unități ambulatorii — 3 centre stomatologice la Craiova, 21 de dispensare teritoriale (dintre care 10 rurale), 15 creșe cu 2 340 de locuri (în fotografie Creșa nr. 41 din cartierul craiovean Valea Roșie). Ca urmare a îmbunătățirii continue a bazei materiale și a asistenței medicale, 97 la sută dintre femei nasc în maternități, a scăzut mortalitatea infantilă (de la 57,6 la mie la 28,2 la mie în semestrul I 1980), s-a redus an de an numărul de zile de incapacitate temporară de muncă (de la 611 zile la 100 de muncitori în anul 1974, la 538 de zile în anul 1979), a crescut accesul populației la asistența medicală ambulatorie. În cincinalul 1981—1985 se vor construi: Spitalul din Calafat cu dispensar policlinic și 250 de paturi, 8 dispensare medicale, 8 creșe a 100 de locuri; de asemenea, se vor extinde spațiile de spitalizare la spitalele din Plenița (cu 100 de paturi) și Segarcea (cu 80 de paturi). În ce privește cheltuielile bugetare, ele vor fi cu 15 la sută mai mari față de actualul cincinal.

GALAȚI: Din anul 1968 pînă astăzi s-au construit 24 de dispensare medicale, dintre care 16 în rural, un dispensar policlinic în municipiul Tecuci, două centre stomatologice la Galați, iar în anul 1972 spitalul județean, cu 1 386 de paturi, cuplat cu dispensar policlinic. Lucrări de extindere și modernizare s-au efectuat la spitalele municipal nr. 1, de boli infecțioase și materno-infantil din Galați, precum și la Spitalul municipal Tecuci. În numai un deceniu (1969—1979) numărul paturilor de spital a crescut de la 2 995 la 4 466. Numai în anii 1978 și 1979 valoarea aparatului medical cu care au fost înzestrate unitățile sanitare din județ a totalizat

10 484 000 de lei. Astăzi spitalul județean, dotat cu aparatură medicală modernă, beneficiază de medici cu o îndelungată experiență clinică, este în măsură să asigure o asistență medicală de înaltă calitate.



GORJ: 102 dispensare medicale, dintre care 64 comunale, 13 urbane, 23 de întreprindere și 2 școlare, 6 dispensare policlinici în municipiul Tg. Jiu, în orașele Motru, Novaci și Tg. Cărbunești, precum și în comuna Bumbești-Jiu (viitor centru urban), 1 spital județean (în fotografie) cu 18 secții de specialitate, pe lângă care funcționează centrul sanitar antiepidemic, stația de salvare și centrul de recoltare și conservare a singelui (ultimele în sedii recent construite), 4 spitale orașenești, 1 spital rural și o secție de psihiatrie constituie cîteva dintre principalele elemente ale bazei materiale a ocrotirii sănătății. 2 310 locuri în grădinițe, 1 228 în creșe, 605 în casele de copii și 200 în leagăne sînt destinate tinereii generații. Numărul paturilor de spital este în prezent de 3 201, din care 1 520 la spitalul județean. În anii 1981—1985 dezvoltarea bazei materiale a ocrotirii sănătății se va concretiza prin: construirea unui spital cuplat cu dispensar policlinic cu 205 paturi în viitorul oraș minier Rovinari, extinderea spitalului județean cu 250 de paturi, crearea unei baze de tratament și recuperare pentru mineri și petroliști în stațiunea balneară Țicleni, extinderea Spitalului din Tg. Cărbunești, construirea unui nou centru stomatologic la Tg. Jiu, a două noi dispensare comunale și a două noi creșe cu 800 de locuri, ca urmare a creșterii fondurilor alocate pentru sănătate cu aproximativ 32 la sută față de precedentul cincinal. 550 de medici și 1 700 de cadre sanitare cu pregătire medie asigură în prezent asistența medicală a populației.

HARGHITA: 3 384 paturi de spital, 9 dispensare policlinici, 149 de dispensare medicale, 2 policlinici balneare, o stație de salvare, un centru județean de recoltare și conservare a singelui, 506 medici, 1 849 de cadre sanitare cu pregătire medie constituie baza materială și forțele care concurează la realizarea ocrotirii sănătății. Dotat cu aparatură modernă pentru investigații și tratament, încadrat cu medici cu o bună experiență clinică, spitalul județean asigură asistența medicală a populației

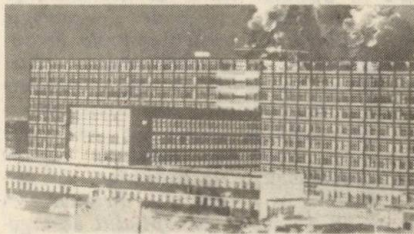


în principalele specialități; de asemenea, spitalele orășenești dispun de o bază materială în continuă îmbunătățire, fondurile alocate în acest scop crescând anual cu circa 5,5 milioane. Recent s-a dat în folosință în localitatea Criștur Secuiesc o unitate de recuperare cu profil pediatric, pentru copiii cu infecții post-reumatice, iar anul viitor noul Spital din municipiul Odorheiu Secuiesc, cu 430 de paturi și dispensar policlinic, o unitate sanitară cu profil de psihiatrie la Tulgheș. Prin adaptarea rețelei de asistență ambulatorie la necesitățile populației, la dispensarul policlinic județean (în fotografie) se acordă circa 270 000 de consultații. Eficiența activității de asistență sanitară este reflectată și de indicatorii de sănătate: natalitatea în ultimul deceniu a fost de peste 20 la mie, sporul natural al populației de aproximativ 11 la mie, iar mortalitatea infantilă 20 la mie.

HUNEDOARA: O dezvoltare amplă au cunoscut diferite sectoare ale asistenței medicale în ultimii 15 ani. De exemplu, în profilul ortopedie-traumatologie funcționează două secții cu câte 50 de paturi (la spitalele din Hunedoara și Petroșani), un serviciu la spitalul județean, servicii de recuperare la Deva și Petroșani, cabinete de specialitate în dispensarele policlinici din Deva, Hunedoara și Petroșani. De asemenea, în secția de cardiologie de la Spitalul municipal Hunedoara sînt monitorizate urgențele majore. În anul 1981 se va constitui la Combinatul siderurgic Hunedoara o stație-pilot în cadrul programului de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare, care va urmări condițiile de muncă și de viață, modul cum se adaptează organismul la aceste condiții, precum și depistarea bolilor cardiovasculare în faze incipiente. O dezvoltare importantă cunoaște asistența stomatologică, astăzi funcționînd 140 de unități de profil (36 în rural și 104 în urban), dintre care 74 pentru adulți și 30 pentru copii (dintre acestea 20 în școli) și laboratoare de stomatologie pentru asistența protetică infantilă. Un medic stomatolog acordă asistență de specialitate la 1 824 de locuitori (față de 24 693 de locuitori la cîți asigura în trecut). Progrese impor-

tante s-au realizat în dispensarizarea și asanarea cariilor la școlari (numai în anul școlar 1979—1980 au beneficiat de 40 de ori mai mulți elevi de această acțiune decît în anul școlar 1974—1975).

IALOMIȚA: Principalii indicatori demografici înregistrați în județ sînt superiori mediei pe țară. Astfel, natalitatea este de 19,6 la mie de locuitori, mortalitatea generală 9,4 la mie, iar sporul natural al populației 10,2



la mie. În centrul activității de asistență sanitară se situează prevenirea și combaterea bolilor transmisibile, îndeosebi a hepatitei epidemice și tuberculozei, controlul medical periodic al lucrătorilor din agricultură, dispensarizarea și recuperarea bolnavilor. În urma acestor acțiuni și a imunizărilor realizate în anul 1979, morbiditatea la hepatita virală a înregistrat o substanțială scădere — de la 291,5 la 100 000 de locuitori în anul 1971, la 90,0 la 100 000 de locuitori, iar indicele de gravitate a incapacității temporare de muncă scade continuu (de la 502,5 zile în anul 1979 la 500 de zile în primul semestru al acestui an). Dotările necesare dezvoltării bazei materiale s-au cifrat în anul 1979 la 2,02 milioane de lei, iar în semestrul I/1980 la peste 1,5 milioane de lei. În acest an s-a realizat extinderea cu încă 470 de paturi a Spitalului municipal Călărași și cu 100 de paturi a Spitalului comunal Săpunari, s-a construit un dispensar policlinic în municipiul Călărași și un dispensar medical în comuna Gh. Lazăr, s-a modernizat dispensarul medical din comuna Unirea. (În fotografie, Spitalul județean din Slobozia.)

IAȘI: Dintre noile unități sanitare construite în ultimii 15 ani rețin atenția cele 4 spitale clinice din municipiul Iași: pentru copii, de neurochirurgie, t.b.c. și de recuperare (în fotografie). Ultimul, cu 515 paturi, structurat pe servicii de chirurgie reparatoare ortopedică, recuperare respiratorie, neurologie, reumatologie, balneologie și dotat cu laboratoare de explorări funcționale, săli de gimnastică, bazine de înot. Amplasat în zona balneară Nicolina, cu izvoare de ape sulfuroase, a acordat în anii 1978 și 1979 îngrijiri la peste 15 000 de bolnavi. În cîincinalul 1976—1980 au fost date în folosință la Iași: un pavilion cu 100



de paturi la Spitalul clinic de obstetrică și ginecologie, un centru clinic de stomatologie infantilă, localuri noi pentru centrele de recoltare și conservare a singelui, sanitaro-anti-epidemic, pentru un centru de telegamaterapie (la spitalul clinic județean), un atelier de ergoterapie la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola”, două dispensare medicale cuplate cu centre stomatologice. De asemenea, un dispensar policlinic în orașul Tg. Frumos, un pavilion cu 60 de paturi la Spitalul de ergoterapie Șipote și 8 dispensare medicale comunale. În prezent sînt în construcție Spitalul orașenesc Pașcani cu 430 de paturi și dispensar policlinic, un nou pavilion cu 300 de paturi la Spitalul clinic de obstetrică și ginecologie, 9 dispensare medicale comunale și 3 creșe cu 100 de paturi în noile cartiere ieșene. De la 802 medici și 2 700 de cadre sanitare cu pregătire medie — în anul 1965 — astăzi lucrează în județ 1 212 medici și 4 487 de cadre sanitare cu pregătire medie, un medic asigurînd asistență la 619 locuitori, iar o soră medicală la 167 de locuitori.



ILFOV: 17 spitale — dintre care numai 5 în mediul urban, dispensare policlinici (dintre care cel din comuna Mogoșești este cel mai nou, iar cele din orașul Buftea și comuna Vadul Sărat recent înființate) și 150 de dispensare (dintre care 129 de dispensare comunale cu puncte sanitare „satelit”, 24 de dispensare de întreprindere și 11 dispensare școlare) constituie rețeaua sanitară a acestui județ, cu peste 800 000 de locuitori. Cel mai nou și mai impunător spital — cel județean, construit în anul 1979, în București, pe Șoseaua Vitan — Bîrsești, are 712 paturi și 6 secții de chirurgie generală, ortopedie-traumatologie, chirurgie toracică, vas-

culară, cardiologie, medicină internă și pediatrie, a asigurat pînă în prezent asistență medicală la peste 16 000 de bolnavi. Au fost date în folosință 9 dispensare rurale la Hota-rele, Snagov, Gostinu (în fotografie), Movilița, Ciorogirla, Daia, Chirnogi, Oinacu și Mihai Bravu. Dintre preocupările științifice ale organelor sanitare județene menționăm: studiul referitor la influența alimentației specifice zonei asupra producerii bolilor digestive (efectuat în comuna Daia împreună cu Institutul de igienă și sănătate publică din București) și studiul vizînd modificările pulmonare ale aparatului respirator al celor care lucrează în agricultură (efectuat în zona Balotești împreună cu Institutul de fiziologie din București).



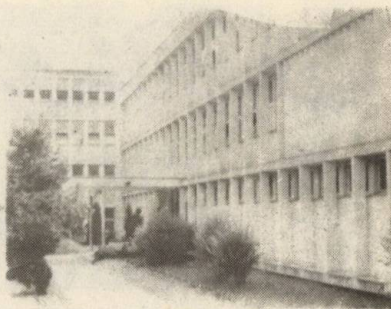
MARAMUREȘ: Către sfîrșitul anului 1945 în județ erau numai 4 spitale cu un număr mic de paturi (asigurînd o medie de 0,4 paturi la 1 000 de locuitori), nu existau unități de asistență medicală pentru mamă și copil, nu se putea vorbi de asistență medicală ambulatorie, iar un medic asigura îngrijirea a 4 000 de locuitori. Ampla dezvoltare a bazei materiale și a numărului personalului sanitar realizată îndeosebi în ultimii 15 ani, se atestă prin modernele unități sanitare din Baia Mare (spitalul județean, spitalul de boli pulmonare, stația de salvare și dispensarul policlinic de stomatologie), prin noul spital din Cavnic, prin pavilioanele spitalelor din Tg. Lăpuș și Șomcuta — recent date în folosință —, precum și prin celelalte 5 spitale din diferite localități, a modernelor dispensare comunale construite în acești ani (în fotografie, cel din comuna Șisești). În prezent se dispune de 5 212 paturi de spital (în medie 10,2 paturi la 1 000 de locuitori) față de 3 618 paturi în anul 1965. De asemenea, a crescut numărul dispensarelor policlinici (de la 5 în 1965 la 9 astăzi) și al dispensarelor medicale de întreprindere (de la 19 la 25). Un ritm ascendent a cunoscut și dezvoltarea rețelei de creșe (de la 5 cu 230 de locuri în 1965, la 22 cu 2 181 de locuri astăzi). Și numărul medicilor a sporit de aproape două ori (astăzi un medic acordînd asistență la 680 de locuitori), iar al personalului sanitar cu pregătire medie cu 133 la sută. În același timp se înregistrează o scădere a mortalității infantile (19,2 la mie), valori crescute ale natalității și excedentului natural al popu-

lației, superioare celor medii pe țară, scăderea morbidității generale și specifice, a incidenței prin tuberculoză, unele boli transmisibile și prin incapacitate temporară de muncă. În 1981 vor fi date în folosință maternitatea și dispensarul policlinic orășenesc din Sighetu Marmației, Spitalul din Borșa, cu 450 de paturi și dispensar policlinic, Spitalul de copii din Vișeu de Sus.



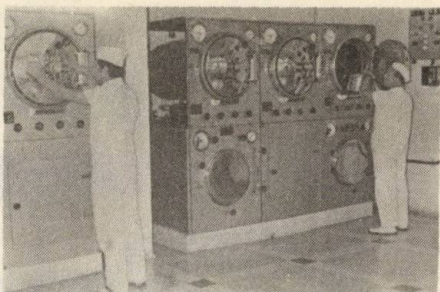
MEHEDINTI: Dacă în anul 1955 se dispunea de 1 917 paturi, astăzi cele 7 unități spitalicești, între care Spitalul orășenesc Orșova (în fotografie), cu 200 de paturi, au 2 684 de paturi, revenind în medie 8,3 paturi la 1 000 de locuitori. Prin darea în folosință în viitorul apropiat a noului spital județean cu 704 paturi și a unui bloc materno-infantil cu 350 de paturi, această medie va crește la 8,8 paturi la 1 000 de locuitori. În prezent funcționează în județ, de asemenea, 6 dispensare-policlinici, între care cele mai noi sînt cel județean din municipiul Drobeta-Tr. Severin și cel din orașul Strehaia, 94 de dispensare medicale (dintre care 17 urbane, 59 rurale, 15 de întreprinderi și 3 școlare), un centru stomatologic și o stație județeană de salvare, 29 de farmacii și 11 puncte farmaceutice. Prin creșterea rețelei sanitare și a numărului personalului sanitar — de la 329 de medici și 1 267 personal cu pregătire medie în anul 1970, la 431 de medici și 1 590 personal cu pregătire medie, în prezent 1 medic asigură asistența la 870 de locuitori, iar o soră medicală și un ofician medical la 250 de locuitori. Progrese evidente s-au înregistrat și în ameliorarea principalilor indicatori demografici și de sănătate, mortalitatea generală scăzînd de la 13,9 la mie în anul 1970 la 12,1 la mie în prezent, iar mortalitatea infantilă de la 52,9 la mie la 36,0 la mie, în timp ce durata medie de viață a crescut de la 60 la 68 de ani.

MUREȘ: O mărturie a deosebitei dezvoltări a bazei materiale a ocrotirii sănătății o constituie ampla creștere a investițiilor în domeniul sanitar. Dintre unitățile sanitare construite în



perioada 1965—1980 cităm cele trei moderne centre stomatologice de la Tg. Mureș, Sighișoara și Reghin, Clinica de pediatrie-distrofici de la Tg. Mureș cu 120 de paturi, secția cu același profil de la Sighișoara, dispensarul policlinic de la Tirnăveni, cele 3 dispensare comasate de la Tg. Mureș (în fotografie) și Reghin, precum și 16 creșe cu 1 700 de locuri. Dacă în anul 1965 reveneau 6,4 paturi la 1 000 de locuitori, astăzi raportul a crescut la 9,0. Într-un stadiu avansat se află construcțiile viitorului spital clinic din Tg. Mureș, cu 1 200 de paturi și dispensar policlinic, iar în cincinalul viitor se vor construi noi localuri pentru stația de salvare, centrul județean de recoltare și conservare a singelui, secția de boli interne de la Deda și pentru 3 noi creșe. În prezent 1 medic acordă asistență la 521 de locuitori, iar numărul personalului sanitar cu pregătire medie se apropie de 4 000. Dintre urmările favorabile ale creșterii calității asistenței medicale menționăm: scăderea mortalității infantile (de la 31,7 la mie în anul 1965 la 23,5 la mie în anul 1979), îmbunătățirea ocrotirii sănătății mamei și copilului (93,2 la sută dintre gravide sînt luate în evidență în primele 3 luni de sarcină, iar peste 96 la sută nasc în maternități), scăderea substanțială a morbidității prin tuberculoză, dizenterie și hepatită epidemică, realizarea sistematică a imunizărilor active contra febrei tifoide, tetanosului, difteriei și poliomielitei.

NEAMȚ: Pentru asigurarea asistenței medicale a populației județul beneficiază de 5 spitale cu 3 941 de paturi, 5 dispensare policlinici, 164 de dispensare medicale (rurale, urbane, de întreprindere și școlare), 18 creșe cu 1 990 de locuri, 2 leagăne de copii cu 405 locuri, 668 de medici și 2 576 de cadre cu pregătire medie. 1 medic asigură asistență la 838 de persoane, iar o soră medicală și un ofician medical la 202 persoane. În anul 1981 vor fi date în folosință în municipiul Roman noul spital (cu 700 de paturi și dispensar policlinic) și o stație de salvare. Sumele alocate pentru ocrotirea sănătății au permis dotarea unităților sanitare la nivelul cerințelor actuale



(în fotografie aspect de la stația centrală de sterilizare de la spitalul județean). Dintre rezultatele obținute în anul 1979 cităm scăderea mortalității generale la 7,8 la mie, a mortalității infantile la 31,4 la mie.



PRAHOVA: Baza materială a ocrotirii sănătății s-a dezvoltat constant în ultimii 15 ani, perioadă în care s-au construit noul spital județean (în fotografie) cu 750 de paturi și dispensar policlinic cu 17 servicii de specialitate, noi sedii pentru stația de salvare și centrul județean de recoltare și conservare a singelui, un dispensar policlinic de stomatologie și laboratorul județean de medicină legală în municipiul Ploiești. Totodată, s-au construit 4 noi dispensare medicale comasate și spații corespunzătoare pentru 10 servicii de stomatologie în cartierul Ploiești-Vest, 15 dispensare medicale comunale și 30 de creșe cu 820 de locuri, s-au extins și amenajat noi spații la dispensarele policlinici și în secțiile de copii ale spitalelor din Cîmpina și Moreni, la Spitalul Voila și la secția de neuropsihiatrie Brazi. Ca urmare a perfecționării asistenței sanitare a populației în anul 1979 a scăzut numărul cazurilor de incapacitate temporară de muncă (cu peste 64 la sută față de anul 1965), incidența prin boli profesionale și numărul de îmbolnăviri prin tuberculoză în rândul populației adulte (de 5 ori mai mic față de anul 1965) și al populației infantile — de 15 ori mai mic față de același an. În cîincinalul 1981—1985 se va construi un spital de obstetrică-ginecologie cu 900 de paturi în municipiul Ploiești, un nou spital cu 450 de paturi în orașul Cîmpina și 5 dispensare medicale rurale. Realizări:

creșterea natalității la 20,1 la mie și a sporului natural al populației la 12,3 la mie. Prioritare sînt acțiunile profilactice, de creștere a nivelului de igienă în toate sectoarele de activitate, de combatere a poluării mediului, de dispensarizare a bolnavilor cronici.



OLT: Prin creșterea continuă a fondurilor destinate ocrotirii sănătății numărul paturilor de spital a crescut de la 1 944 în anul 1968 la 3 255 în prezent, în cele 8 spitale din județ, între care și modernul spital din comuna Scornicești (în fotografie). De asemenea, funcționează 6 dispensare policlinici și un dispensar policlinic de stomatologie, 130 de dispensare teritoriale (majoritatea în construcții noi), 13 creșe cu 1 146 de locuri și un leagăn de copii cu 190 de locuri. De la 281 medici în anul 1968, în județ astăzi muncesc 617 medici, 1 medic asigurînd asistență la 865 de locuitori, iar numărul personalului sanitar cu pregătire medie a crescut de la 1 283 în anul 1968, la 2 219. Dintre succesele obținute pe frontul ocrotirii sănătății în acești ani rețin atenția: scăderea de peste 4 ori față de anul 1968 a morbidității prin tuberculoză, reducerea ponderii distrofiei ca o cauză de deces de la 40 la sută la 19 la sută, a mortalității infantile de la 63 la mie la 24 la mie. În cîincinalul 1981—1985 vor fi date în folosință: un nou spital în orașul Caracal (cu 430 de paturi și dispensar policlinic), un bloc materno-infantil cu 480 de paturi, un dispensar policlinic și un centru de recoltare și conservare a singelui în municipiul Slatina, 21 de dispensare medicale rurale.



SATU MARE: În ultimii 15 ani baza materială a ocrotirii sănătății a cunoscut o con-

tinuă dezvoltare. Astfel, în orașul reședință de județ au fost date în folosință un nou spital cu 750 de paturi cuplat cu dispensar policlinic, 2 dispensare policlinici, centrul județean de recoltare și conservare a sîngelui și stația de salvare, iar în orașul Carei un nou dispensar policlinic. În mediul rural 37 de dispensare medicale funcționează în clădiri noi, prevăzute cu cabinete de consultații de medicină generală, pediatrie și stomatologie, staționar de pediatrie și locuință pentru medic (în fotografie, dispensarul medical din comuna Lazuri). În cincinalul 1981—1985 se vor construi noi spitale în orașele Carei (cu 450 de paturi) și Tășnad (cu 250 de paturi), o secție de recuperare și una de boli contagioase la Satu Mare, 5 dispensare medicale comunale. Totodată, spitalul județean va fi dotat cu aparatură medicală modernă, între care instalație de rinichi artificial, monitor de reanimare, electro-miograf, aparate de narcroză cu circuit închis și de explorări funcționale cardiace, și enzimometru. Dintre progresele realizate ca urmare a îmbunătățirii calității asistenței sanitare a populației cităm scăderea mortalității infantile — de la 43,4 la mie în anul 1965 la 30,8 la mie în anul 1979 — și creșterea sporului natural al populației — de la 7,7 la mie în anul 1965 la 8,1 la mie în anul 1979.

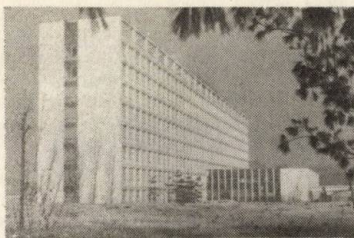


SĂLAJ: Dezvoltarea mereu ascendentă a bazei materiale a ocrotirii sănătății, îndeosebi în ultimii 15 ani, se concretizează prin existența a 5 spitale cu 2 232 de paturi, 5 dispensare policlinici, un modern centru stomatologic cu laborator de tehnică dentară, 70 de dispensare medicale (dintre care 54 rurale cu locuințe pentru medici, 7 urbane și 7 de întreprindere), 4 staționare de copii și 1 de adulți, 8 creșe cu 1 100 de locuri și 1 leagăn cu 120 de locuri. Prin darea în folosință în 1978 a noului spital județean (în fotografie), indicele de asigurare cu paturi a crescut la 7,9 la mie de locuitori. Concomitent cu dezvoltarea bazei materiale a crescut și numărul medicilor (în prezent 336), al personalului sanitar cu pregătire medie (1 298) și al celui auxiliar (515). Participarea lor la ample acțiuni profilactice a contribuit la eradicarea unor boli transmisibile, la creșterea natalității (17 la mie), la scăderea mortinatalității (de la 14,2 la mie în semestrul I/1979, la 8,5 la mie în semestrul I/1980) și a

mortalității infantile (de la 31 la mie în semestrul I/1979, la 29,6 la mie în semestrul I/1980). În cincinalul viitor este prevăzută construirea a 2 creșe cu câte 200 de locuri în municipiul Zalău, precum și creșterea confortului în secțiile exterioare ale spitalului județean situate în localitățile Hida, Ileanda și Sărmășag.

SIBIU: Grijă acordată ocrotirii sănătății copiilor se reflectă și în dezvoltarea continuă a bazei tehnico-materiale. Astfel în municipiul Sibiu funcționează o policlinică de copii, 10 dispensare de pediatrie, 6 dispensare școlare, 16 creșe cu peste 2 300 de locuri (de două ori mai multe decât în anul 1975), 13 cabinete de stomatologie școlare. Măsurile complexe social-sanitare adoptate în județ au contribuit la îmbunătățirea considerabilă a asistenței medicale a femeilor și gravidelor, peste 85 la sută dintre gravide fiind luate în evidență și supravegheate medical din primul trimestru de sarcină. Din anul 1979 funcționează la Policlinica de adulți din Sibiu un cabinet de consultație pentru gravidele cu risc și de supraveghere medicală zilnică, timp de 7 zile, a nou-născuților externați din maternitate. 5 707 nașteri în anul 1979, fără nici un caz de infecție intraspitalicească, „record” înregistrat la Maternitatea din Sibiu, a avut ca beneficiari pe respectivele familii în care mama și nou-născutul sînt sănătoși. Numai în anul 1979 în municipiul Sibiu cele 2 dispensare policlinici, 31 de dispensare medicale teritoriale și de întreprindere și 12 cabinete stomatologice au acordat aproape 900 000 de consultații. Consecințele îmbunătățirii continue a bazei materiale și a posibilităților de asigurare a asistenței sanitare, ale creșterii numărului de medici și farmaciști (de la 664 în anul 1970, la circa 900 în anul 1980) și a personalului sanitar și farmaceutic cu pregătire medie (de la 2 230 în anul 1970, la circa 4 200 în anul 1980) se reflectă și în unii indicatori ai stării de sănătate. Astfel că natalitatea se menține la un nivel superior mediei pe țară (19,1 la mie în anul 1979), mortalitatea infantilă a scăzut de la 28,6 la mie în anul 1975 la 22,3 la mie în anul 1979, iar numărul de concedii medicale de la 803,9 la 100 de oameni ai muncii în anul 1975, la 696,4 în anul 1979. În cincinalul 1981—1985 se vor construi: 2 spitale materno-infantile a 450 de paturi în municipiile Sibiu și Mediaș, o stație de salvare și un centru stomatologic în municipiul Sibiu, 3 dispensare medicale rurale și 3 urbane.

SUCEAVA: Importante fonduri au fost alocate în ultimii 15 ani pentru dezvoltarea bazei materiale a ocrotirii sănătății. Totodată, s-au construit: spitalul județean cu 700 de paturi (în fotografie), dispensare policlinici la Suceava, Fălticeni și Cîmpulung Moldovenesc, o stație de salvare, 22 dispensare medicale rurale și urbane, 16 creșe cu 1 684 de locuri,



un leagăn de copii cu 236 de locuri. În prezent se construiește noul spital din Rădăuți cu 430 de paturi, cuplat cu dispensar policlinic. De la 2 631 de paturi, 470 de medici și 1 686 personal sanitar cu pregătire medie, în anul 1965, astăzi județul dispune de 3 822 de paturi, 775 de medici și 2 855 personal sanitar cu pregătire medie, 8 spitale, 10 dispensare policlinici și 141 de dispensare medicale, dintre care 90 rurale. Datorită acestei dezvoltări și atenției acordate ocrotirii sănătății populației, natalitatea este în creștere (de la 18 la mie în 1965, la 19,9 în 1979), mortalitatea infantilă în scădere (de la 43,6 la mie în 1965, la 21,5 la mie în 1979), au dispărut din statistici cazurile de difterie, poliomielită și febră recurentă, au scăzut spectacular cazurile noi de tuberculoză (de la 148,7 la mie în 1965, la 54,02 la mie în 1979). Spitalul județean a câștigat în anii 1977 și 1978 întrecerea pe țară între unitățile spitalicești, iar în anii 1976 și 1979 s-a clasat pe locul II.



TELEORMAN: 6 spitale urbane, dintre care spitalul județean (în fotografie) a fost construit în anul 1971, și 4 rurale (în total 3 274 de paturi), 7 dispensare policlinici, 115 dispensare medicale (dintre care 84 rurale), o stație de salvare și 7 puncte teritoriale (cu 97 de autoambulanțe), 13 creșe cu 1 250 de locuri, 1 leagăn de copii cu 236 de locuri, 611 medici și 2 098 personal sanitar cu pregătire medie reprezintă forțele și mijloacele cu care se acționează pentru ocrotirea sănătății populației. Dar mijloacele cresc de la an la an: în cincinalul 1981—1985 se vor da în folosință noile spitale cuplate cu dispensare policlinici din municipiul Turnu Măgurele (430 de paturi) și din orașele Roșiori de Vede (430 de paturi) și Zimnicea (250 de paturi), o stație de sal-

vare în municipiul Alexandria, 14 dispensare rurale (dintre care 4 cu farmacii) și 1 dispensar urban cu farmacie. Dintre succesele obținute în acești ani consemnăm: scăderea morbidității prin tuberculoză; îmbunătățirea asistenței de urgență; depistarea în procent de peste 90 la sută a gravidelor în primele 3 luni de sarcină.

TIMIȘ: În ultimul deceniu și jumătate baza materială a ocrotirii sănătății populației a cunoscut o puternică dezvoltare prin construirea unor noi unități sanitare — spitalul clinic județean, secția de boli infecțioase de la Spitalul „V. Babeș“, noi pavilioane la spitalul de neuropsihiatrie infantilă din Lugoj, noi dispensare comunale. Sînt în construcție Stația de salvare și Centrul de recoltare a singelui din Timișoara, o secție de pediatrie la Spitalul din Sînnicolaul Mare, dispensare și creșe. În cadrul secției de nefrologie de la spitalul clinic județean a luat ființă în anul 1976 stația de hemodializă, dotată cu aparatură de nivel mondial, care a efectuat pînă în prezent peste 9 000 de hemodialize. Prin activitatea susținută a specialiștilor din această secție a fost posibilă realizarea la 30 aprilie 1980 a primului transplant renal la Timișoara.



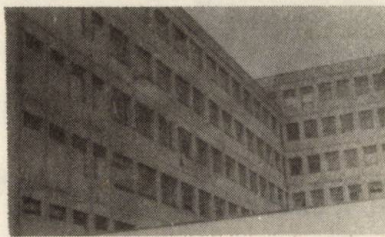
TULCEA: Indicator important al bazei materiale a ocrotirii sănătății, numărul de paturi de spital a crescut evident în ultimii 15 ani: de la 1 008 în anul 1965, la 1 943 astăzi. Și numărul unităților sanitare noi a evoluat semnificativ: 25 dispensare comunale au astăzi sedii noi, moderne; numărul dispensarelor urbane s-a dublat (jumătate beneficiind de construcții noi), al dispensarelor de întreprindere a crescut de 12 ori, iar al celor școlare de 6 ori (în fotografie, spitalul județean). Față de 5 cabinete de stomatologie cîte erau în anul 1965, astăzi se dispune de 26 de cabinete, 2 noi dispensare policlinici de profil și 8 laboratoare de tehnică dentară. Numărul personalului sanitar a crescut de la 165 de medici și 510 surori medicale în anul 1965, la 306 medici și 1 130 surori medicale și oficianți medicali. În cincinalul viitor sînt pre-

văzute a se construi: un spital cu 250 de paturi în orașul Măcin, un dispensar policlinic în noul cartier din zona de vest a municipiului Tulcea, 10 dispensare medicale rurale și urbane, precum și extinderi de spații la unități sanitare din municipiul Tulcea, din orașele Babadag și Măcin.



VASLUI: De la 2 205 paturi de spital în anul 1965, astăzi, după intrarea în funcțiune a spitalului județean (în fotografie), a spitalelor de copii și de adulți din municipiul Bîrlad, a staționarelor pentru copii și a caselor de nașteri, sînt 4 557 paturi de spital. Baza materială a asistenței sanitare s-a îmbogățit în ultimii 15 ani cu un centru stomatologic cu 10 unități de lucru în municipiul Bîrlad, 17 dispensare medicale rurale — majoritatea cu locuințe pentru medici —, 6 creșe totalizînd 600 de locuri, 1 dispensar urban la Vaslui, 4 dispensare de întreprindere, stația județeană de salvare și centrul de recoltare și conservare a sîngelui. Numărul medicilor este în prezent cu 56 la sută mai mare ca în anul 1965, al farmaciștilor cu 116 la sută, al personalului sanitar cu pregătire medie cu 70 la sută. Dinamica cheltuielilor pentru asistența sanitară a populației înregistrează în anul 1980 o creștere de peste 300 la sută față de 1968. Dotarea cu aparatură modernă de diagnostic și tratament este asigurată la spitalele municipale Vaslui și Bîrlad, precum și la spitalele orașenești Huși și Negrești. Dintre rezultatele pozitive obținute în ocrotirea sănătății populației menționăm: creșterea prestațiilor medicale (consultații, tratamente, investigații) la 10,9/locuitor, a sporului natural al populației la 12,5 la mie de locuitori, în condițiile unei natalități de 21,9 la mie, scăderea de la an la an a incapacității temporare de muncă, asigurarea unei operative asistențe medicale de urgență eficientă (numai în anul 1979 au fost transportați către secțiile de terapie intensivă ale spitalelor din Vaslui și Bîrlad peste 8 000 de bolnavi). În ultimii ani Vasluiul a fost gazda unor consfătuiri științifice interjudețene („Ocrotirea copilului”, „Actualități în farmacie”, „Cancerul gastric”, „Hepatita cronică”), iar spitalul județean, cele municipale și orașenești au devenit centre de învățămînt postuniversitar.

VÎLCEA: Celor 420 000 de locuitori ai județului le sînt asigurate 2 878 paturi de spital, dintre care aproximativ 62 la sută în spitalul județean, iar restul în spitalele din localitățile Drăgășani, Horezu, Brezoi și Bălcești, la cel din Drăgoiești, cu profil de psihiatrie. Astăzi, spitalul județean, cu 17 secții și numeroase laboratoare (de analize medicale, anatomie patologică, endoscopie, radiologie și medicină nucleară), rezolvă întreaga cazuistică medicală a populației județului. În structura spitalului județean este inclusă și o clinică de balneologie și recuperare medicală (cu 126 de paturi), care funcționează în stațiunea balneară Călimănești. La asistența medicală contribuie și 8 dispensare-policlinici, dintre care 4 (de la Rm. Vîlcea, Drăgășani, Horezu și Bălcești) sînt de stomatologie, 78 de dispensare medicale comunale, multe în sedii moderne, cum este cel din comuna Păușești-Măglași, 18 urbane și 21 de întreprinderi. 18 creșe cu 1 715 paturi și un leagăn de copii cu 350 de paturi ce asigură cele mai bune condiții de creștere a tinerei generații. Peste 6 800 de paturi pentru tratament, în stațiunile balneare Călimănești, Căciulata, Govora și Olănești, oferă posibilitatea folosirii în întregul an a factorilor naturali de cură. Cheltuielile pentru continua dezvoltare a bazei materiale a sănătății au crescut continuu; în 1979 cuantumul cheltuielilor a fost de 489 de lei pe 1 locuitor, iar în 1980 de 604 lei pe 1 locuitor. A început construirea spitalului materno-infantil cu 400 de paturi din municipiul Rm. Vîlcea și a dispensarului policlinic de adulți în orașul Horezu, iar anul viitor a unui nou dispensar policlinic pe platforma Combinatului chimic din Rm. Vîlcea, care va fi dotat cu aparatură modernă necesară rezolvării urgențelor medicale, precum și a 4 dispensare comunale.

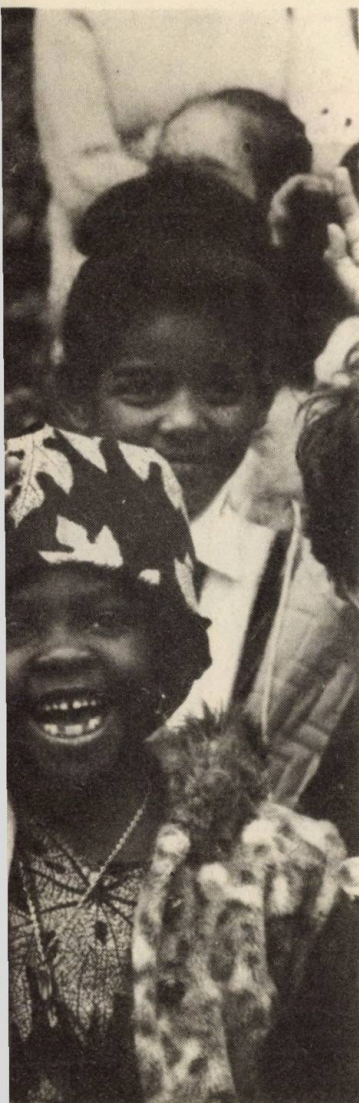


VRANCEA: Continua dezvoltare a bazei materiale și numărului personalului sanitar în ultimii 15 ani se reflectă în următoarele date statistice comparative ale anilor 1965 și 1980: numărul paturilor de spital a crescut de la 1 580 la 2 564, al medicilor de la 225 la 432, iar al cadrelor cu pregătire medie de la 872 la 1 615. Numai în cincinalul 1975—1980 s-a construit 1 spital cuplat cu dispensar (în fotografie), policlinic, 22 de dispensare medicale — dintre care 20 în rural și 9 creșe cu 750 de locuri.



O.M.S. ȘI STRATEGIA SĂNĂTĂȚII

**„SĂNĂTATE PENTRU TOȚI
ÎN ANUL 2000“**



„Sănătate pentru toți în anul 2000“ va fi și tema Zilei mondiale a sănătății din anul 1981, sărbătorită, ca întotdeauna, la 7 aprilie

2000“. Cele 155 de state membre ale Organizației Mondiale a Sănătății sînt angajate colectiv în cadrul adunării mondiale a sănătății pentru a atinge acest scop. După Constituția O.M.S., scopul organizației este de „a duce toate popoarele la nivelul de sănătate cel mai înalt posibil“, scop căruia îi corespunde obiectivul „Sănătate pentru toți în anul 2000“. Noțiunea fundamentală este a nivelului „cel mai ridicat posibil“. Autoritățile din diverse țări fac eforturi pentru ameliorarea sănătății propriilor popoare, în funcție de posibilitățile lor sociale și economice.

Există totodată și o limită inferioară sub care nimeni, din nici o țară, nu trebuie să se afle. De acum pînă în anul 2000 toți locuitorii tuturor țărilor vor trebui să atingă un nivel de sănătate care să le permită să ducă o viață productivă din punct de vedere social și economic. Altfel spus, este vorba de un nivel de sănătate care să îngăduie ca individul și comunitatea să fie în măsură să-și exploateze energia lor economică și potențială și să demonstreze satisfacția socială pe care o

aduce posibilitatea de a dezvolta capacitatea latentă de ordin intelectual, cultural și spiritual.

Sectorul educației are într-adevăr un rol important în dezvoltarea și realizarea îngrijirilor de sănătate primară, așa după cum s-a definit în Declarația de la Alma Ata în septembrie 1978. Educația comunitară ajută oamenii să-și înțeleagă problemele de sănătate, să caute soluții și să aprecieze costul diferitelor opțiuni. Unul dintre mijloacele de a-l asigura este elaborarea unor texte de educație sanitară ce vor fi distribuite prin intermediul sistemului educativ. Pe de altă parte, asociațiile de părinți și educatori ar putea să prezinte la nivel școlar și comunitar anumite sisteme de îngrijire a sănătății, cum sînt programele de promovare a însănoșării mediului, campaniile cu tema: „Alimentele în serviciul sănătății“, cursurile de nutriție și de prim-ajutor.

Mijloacele de informare concură, de asemenea, la efortul de educare și răspîndire a informației de calitate asupra sănătății și a mijloacelor de a obține, descriind binefacerile evidente ale practicii sanitare ameliorată în cadrul îngrijirii sănătății.

Toate activitățile educative și de informare pe care le-am citat mai sus permit societăților naționale de Cruce Roșie să joace un rol important în strategia necesară instaurării sănătății pînă în anul 2000. Articolul 10 din Declarația de la Alma Ata cheamă, între altele, organizațiile neguvernamentale să sprijine planurile naționale și internaționale pentru a ajuta la realizarea îngrijirii sănătății în lumea întreagă și, în particular, în țările în curs de dezvoltare, conform spiritului de cooperare tehnică și al unei noi ordini economice internaționale.

În dorința de a informa cititorii almanahului asupra obiectivelor prioritare ale Organizației Mondiale a Sănătății în următoarele două decenii redacția s-a adresat doctorului **Halldan MAHLER**, director general al O.M.S., care a avut amabilitatea să ne răspundă următoarele:

Obiectivul nostru prioritar pentru următoarele două decenii este, fără îndoială, „Sănătate pentru toți în anul

CONCEPTUL ROMÂNESC DE POLITICĂ SANITARĂ



Dr. Lidia Orădean, secretar de stat în Ministerul Sănătății, a condus delegația României la cea de-a 33-a Adunare a Organizației Mondiale a Sănătății în vara anului 1980. Unele reflecții pe marginea problemelor dezbătute le-am considerat utile pentru cititorii almanahului.

A 33-a Adunare a Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.) reprezintă o încurajatoare mărturie a solidarității internaționale, sub semnul unei puternice dorințe generale de a garanta popoarelor lumii dreptul lor fundamental la sănătate.

Raportul directorului general al O.M.S., dr. Halfdan Mahler, a dat o imagine cuprinzătoare asupra dezbaterilor și eforturilor considerabile care caracterizează ultimii ani pentru definirea liniilor mari de orientare și a direcțiilor de dezvoltare a activității Organizației Mondiale a Sănătății.

Privim cu încredere aceste eforturi de plasare a organizației în perspectiva justă a progresului sănătății tuturor popoarelor lumii, care dealtfel îi determină și justifică existența. Spun acest lucru pentru că noi sintem convinși că Organizația Mondială a Sănătății, ca parte componentă a familiei Organizației Națiunilor



Unite, reprezintă un for mondial important, chemat să asigure participarea democratică a tuturor statelor la dezbaterile marilor probleme contemporane ale sănătății, a căror soluție n-o vedem decât în contextul dezvoltării economico-sociale echitabile a tuturor țărilor, prin lichidarea subdezvoltării și instaurarea noii ordini economice internaționale.

Pentru transformarea posibilităților în realitate, după cum a subliniat președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu, „...este necesar să se ia cele mai corespunzătoare măsuri pentru asigurarea accesului neîngrădit al țărilor în curs de dezvoltare la știința și tehnologia modernă, la marile cuceriri ale civilizației contemporane, pentru accelerarea pe această cale a progresului economico-social al țărilor rămase în urmă, pentru diminuarea cât mai rapidă a marilor decalaje existente în nivelul de dezvoltare al statelor”.

În concepția promovată de România socialistă, acest deziderat trebuie să se bazeze în primul rând pe efortul propriu. Dând expresie științifică, realistă exigențelor accelerării progresului în domeniul apărării sănătății populației, secretarul general al partidului arăta



că independent de caracterul, de specificul diferitelor activități, domeniul medical trebuie pînă la urmă orientat și concentrat într-o direcție unică — a îmbunătățirii asistenței sanitare, a grijii pentru sănătatea poporului cu tot ceea ce comportă aceasta: sporul populației, îngrijirea omului pentru a-și îndeplini atribuțiile în procesul activității sociale, în producția materială, în viața intelectuală, în toate sectoarele de muncă. Trei concepte sînt formulate în acest sens, impunîndu-se în atenția factorilor responsabili de ocrotirea sănătății publice în țara noastră. Primul este cel care consideră sănătatea nu numai ca absență a bolii, ci ca o bunăstare completă — fizică, mintală și de integrare socială. Al doilea se referă la medicina preventivă, care permite instituirea unui program de promovare a sănătății legat de cunoașterea și neutralizarea factorilor de risc și de utilizare largă a factorilor sanogenetici. Al treilea consideră ocrotirea sănătății ca o problemă a întregii colectivități, ceea ce impune angajarea și cooperarea tuturor forțelor societății în efortul de asigurare, păstrare și promovare a sănătății publice.

Efortului propriu trebuie să i se adauge însă sprijinul material, concret primit din partea organismelor internaționale specializate, ca și al țărilor care pot oferi un ajutor imediat. Iată de ce România acordă o mare atenție formării de cadre medicale pentru țările în

curs de dezvoltare — formă prioritară a ajutorului material și transferului de experiență.

Sprijinirea țărilor rămase în urmă este, după părerea noastră, nu doar o acțiune umanitară, de caritate, ci o acțiune politică și socială de răspundere, care contribuie la soluționarea problemelor ce confruntă astăzi omenirea.

Pași importanți au fost făcuți și în domeniul cercetării științifice în general, precum și în dezvoltarea cercetărilor asupra eficienței și optimizării serviciilor sanitare, în special. Considerăm însă necesar ca descentralizarea regională a activității științifice a O.M.S. să fie însoțită de o mai amplă consultare cu statele membre, lărgirea informațiilor privind dezvoltarea infrastructurilor naționale de cercetare, a problematicii prioritare și a nevoilor tehnice în conducerea și gestiunea cercetării științifice. În aceste probleme, consiliile consultative științifice regionale ar trebui regîndite sub aspectul capacității lor de a pune în funcție mijloace eficiente de informare bio-medicală, în justă corelare cu activitatea desfășurată la sediul central al organizației, precum și cu necesitatea de a elimina duplicările inutile. De asemenea, ar trebui stabilite mijloacele de propagare rapidă a metodologiilor unitare pentru organizarea cercetărilor asupra serviciilor sanitare, a criteriilor de comparabilitate internațională, menite să asigure progresul acestor cercetări de factură relativ nouă și necesitățile de cooperare.

Dezideratul „Sănătate pentru toți” este o platformă de acțiune prioritară. Realizarea lui va dovedi capacitatea O.M.S. de a-și aduce contribuția la progresul sănătății în lume, pe baza principiilor unei noi ordini întemeiate pe echitate și dreptate, capabile să ofere tuturor națiunilor posibilitatea unei dezvoltări economico-sociale independente și libere, în interesul întregii umanități și al păcii.



REUNIUNI ȘTIINȚIFICE

1981

Continuând tradiția organizării unor manifestări de prestigiu în colaborare cu foruri internaționale sau din alte țări, Uniunea Societăților de Științe Medicale și unele societăți medicale românești vor fi în anul 1981 gazde ale unor importante congrese. De exemplu, **Congresul mondial de chirurgie maxilo-facială** care se va desfășura între 20 și 22 mai 1981 la București, organizat de Societatea internațională de chirurgie, Asociația stomatologică internațională și Societatea română de stomatologie, va dezbate teme deosebit de interesante, cum sînt chirurgia reconstructivă maxilo-facială după rezecții de tumori, microchirurgia maxilo-facială, chirurgia odontoparadontală și plastică maxilo-facială, corelația patologică odontosinuzaală. În continuarea acestei manifestări, în zilele de 25 și 26 mai 1981, Societatea română de stomatologie, în colaborare cu Societatea franceză de stomatologie, va organiza la Cluj-Napoca „Zilele româno-franceze de stomatologie și chirurgie maxilo-facială”, în cadrul căreia se vor dezbate patologia glandelor salivare și ocluzia funcțională la copii în perioada de creștere și la adulți.

Între 20 și 23 septembrie 1981 se va desfășura, la București, al IV-lea **Congres internațional de anestezie și terapie intensivă** și al II-lea **Congres național de anestezie și terapie intensivă**. Organizatorii — Societatea internațională de anestezie și terapie intensivă și Societatea română de specialitate — au înscris pe ordinea de zi a

ambelor reuniuni probleme de anestezie și terapie intensivă în insuficiența renală acută, anestezia de conducere, tehnici și droguri noi în anestezie.

Al II-lea **Congres național de fiziologie**, care se va desfășura la București între 2 și 4 iulie 1981, în organizarea Societății de fiziologie normală și patologică, va dezbate teme referitoare la fiziologia generală, cardiovasculară, respiratorie, neuromusculară și a efortului fizic, de nutriție, digestie, metabolism și termoreglare, la relațiile dintre organism și mediu.

Tratamentul tumorilor hipofizare și problemele referitoare la nodulul tiroidian vor fi dezbătute de endocrinologii români și specialiști de peste hotare în cadrul celui de-al IV-lea **Congres național de endocrinologie**, ce își va ține lucrările între 10 și 12 septembrie 1981 la București.

Două probleme de actualitate în activitatea chirurgilor ortopezi și traumatologi — tratamentul ortopedic chirurgical al scoliozelor și osteosinteza — vor constitui temele principale ale celui de-al III-lea **Congres național de ortopedie și traumatologie**, care se va desfășura între 17 și 19 septembrie 1981 la București.

Important centru medical al țării, Iașul va găzdui al IV-lea **Congres național de patologie infecțioasă**, în cadrul căruia se vor prezenta progrese recente înregistrate în terapia infecțiilor, precum și boli infecțioase și parazitare tropicale ca potențial de evoluție în zonele temperate, iar în cadrul unei mese rotunde se va dezbate hepatita virală.

Bolile digestive, importantă problemă de sănătate publică, va constitui tema principală ce se va dezbate la al IV-lea **Congres național de gastroenterologie**, ce va avea loc la București între 7 și 9 octombrie 1981. De asemenea, rețin atenția temele „Diagnosticul cancerului tu-

bului digestiv în faza utilă” și „Aspectul de imunopatologie digestivă”.

Manifestare internațională intrată în tradiție, al VIII-lea **Curs de stomatologie infantilă**, organizat de Societatea de stomatologie, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Învățămîntului, se va desfășura între 1 și 4 iulie 1981 la Băile Herculane. Beneficiind de prezența unor specialiști din diferite țări ale lumii, cursanții — stomatologi din întreaga țară — vor realiza o valoroasă documentare asupra manifestărilor la distanță a formelor dentoparodontale, a restaurărilor protetice în leziunile coronare, a disarmoniei dento-alveolare, precum și asupra traumatismelor dento-parodontale la copii și tineri. De asemenea, în cadrul unei mese rotunde se va dezbate rolul igienei alimentare în profilaxia cariei, parodontopatiei și anomaliilor dentomaxilare.

Pe agenda reuniunilor științifice internaționale ale anului 1981, un loc important ocupă și „Zilele medicale” organizate de societăți medicale române în colaborare cu societăți similare din țări vecine și prietene. Astfel, la 7 și 8 mai se va desfășura la București prima reuniune „Zilele medicale ginecologico-obstetricale româno-maghiare” cu tema „Metode de investigare paraclinică în obstetrică”, iar la 8 și 9 octombrie, la Brașov, a II-a reuniune „Zilele medicale româno-bulgare de neurologie”, cu temele „Neuropatii și polineuropatii periferice” și „Boli demielinizante”.

Cele 12 importante reuniuni științifice medicale ce se vor desfășura anul viitor în România, cu participarea unor valoroși specialiști de peste hotare, atestă prestigiul de care se bucură medicina românească în lume și interesul pe care îl prezintă contribuțiile ei la continua dezvoltare a științei ocrotirii sănătății, la înfăptuirea umanistelor ei obiective.

ANUL INTERNAȚIONAL AL PERSOANELOR HANDICAPATE



Organizația Națiunilor Unite a adoptat pentru Anul internațional al persoanelor handicapate această emblemă în care se văd două persoane ce se țin de mâini. Solidaritate una față de alta, susținându-se mutual.

Concepută după un desen original prezentat de Comisia națională franceză pentru Anul internațional al persoanelor handicapate, emblema are ca teme egalitatea, speranța și asistența.



În urma unei decizii adoptate în unanimitate de Adunarea Generală, la cea de-a XXXI-a sesiune, 1981 a fost proclamat Anul internațional al persoanelor handicapate. Departe de a constitui o acțiune izolată, această importantă manifestare internațională reprezintă un stadiu avansat în istoria preocupărilor Organizației Națiunilor Unite cu privire la persoanele handicapate din punct de vedere fizic și mintal, preocupări ce fac parte integrantă din conceptul mai larg de drepturi și libertăți ale omului.

Într-adevăr, de-a lungul celor 35 de ani de existență O.N.U. a elaborat un întreg sistem de principii și norme relativ la această problemă de importanță primordială, începând cu Carta, ca document fundamental ce consfințește principiile și obiectivele generale ale organizației mondiale, și continuând cu Declarația cu privire la drepturile omului, pactele internaționale ale drepturilor omului, Declarația drepturilor copilului și Declarația drepturilor persoanelor înopiate

mental; pe lângă aceste documente, se cuvine să se menționeze totodată constituțiile, convențiile, recomandările și rezoluțiile unui mare număr de organe principale, agenții specializate și alte organisme care fac parte din sistemul Națiunilor Unite. Toate aceste documente prevăd norme de bază relativ la progresul social și economic al acestei categorii de persoane.

Viziunea de ansamblu și concepția fundamentală a Organizației mondiale cu privire la persoanele handicapate în general și la Anul internațional al persoanelor handicapate în special, așa cum reies cu pregnanță din conținutul tuturor documentelor relevante adoptate până în prezent, sînt complexe și cuprinzătoare, înglobînd dimensiunile politică, juridică, social-economică și umanitară ale acestei probleme.

Din punct de vedere politic, Națiunile Unite integrează protecția persoanelor handicapate și asigurarea bunăstării acestora în strădaniile generale ale comunității internaționale vizînd instaurarea unei noi ordini internaționale, făurirea unei lumi mai bune și mai drepte, în condiții de pace, progres și prosperitate pentru toți.

Sub aspect juridic, Națiunile Unite consideră că persoanele handicapate trebuie să se bucure deopotrivă cu celelalte persoane de dreptul lor inerent de a li se respecta demnitatea umană și de toate celelalte drepturi fundamentale de care se bucură ceilalți cetățeni, inclusiv drepturile civile și politice, în primul rînd dreptul de a trăi o viață demnă.

În ce privește aspectul social-economic, O.N.U. pornește de la considerentul că persoanele handicapate trebuie să se bucure de securitate economică și socială, în principal sub forma asigurării locurilor de muncă și a posibilității de a desfășura activități utile, productive și remunerative; acest aspect include totodată dreptul persoanelor handicapate de a li se lua în considerare nevoile proprii în toate fazele planificării economice și sociale.

În sfîrșit, din punct de vedere umanitar, Națiunile Unite pun accent deosebit pe dreptul persoanelor handicapate la învățămînt, la tratament medical, funcțional și psihologic, la recuperare medicală, socială și profesională, precum și la alte măsuri menite să le dea posibilitatea de a se susține singuri; de asemenea, dreptul de a trăi cu familiile lor sau cu părinții adoptivi și de a se bucura din partea acestora, ca și din partea întregii societăți, de înțelegerea, afecțiunea și dragostea ce li se cuvin.

Această concepție largă ce stă la baza inițiativelor și acțiunilor O.N.U. cu privire la persoanele handicapate este reflectată amplu în Declarația cu privire la drepturile persoanelor handicapate, adoptată de Adunarea Generală la Sesiunea a XXX-a din anul 1975.

Mai mult decît simpla elaborare a principiilor și obiectivelor Anului internațional al persoanelor handicapate, Națiunile Unite au creat un cadru instituționalizat adecvat, capabil să se ocupe de toate problemele aferente și să contribuie în mod concret la soluționarea acestora, în contextul activităților pregătitoare ale Anului internațional avut în vedere. Datorită acestor activități, din anul 1977 funcționează un Comitet consultativ pentru Anul internațional al persoanelor handicapate, compus din 21 de state membre, în scopul elaborării unui set de recomandări, pe care Adunarea Generală le-a adoptat sub forma unui Plan de acțiune pentru Anul internațional; iar la cererea Adunării Generale, Secretariatul O.N.U. a inițiat activitățile informaționale necesare, prevăzînd în același timp resursele financiare reclamate de aceste activități. Paralel cu aceste măsuri pregătitoare substanțiale, un număr de agenții specializate ale O.N.U. au desfășurat o serie de activități susținute, de ordin interdisciplinar; printre aceste agenții se numără în primul rînd Organizația Internațională a Muncii, Organizația Mondială a Sănătății și Fondul Națiunilor Unite pentru Copii. Toate aceste organizații și-au împlinit eforturile cu alte organisme și instituții internaționale, ca, de pildă, Institutul internațional de recuperare a persoanelor handicapate din țările în curs de dezvoltare, Comitetul Internațional al Crucii Roșii, Liga Societăților de Cruce Roșie și, prin intermediul acestora, cu toate organizațiile naționale interesate în aceste probleme, extinzînd astfel în mod considerabil aria de cooperare în scopul atingerii obiectivelor comune.

Pentru a întregi tabloul general al eforturilor întreprinse la nivel global, se cuvine menționat faptul că Națiunile Unite își concep munca și activitățile dedicate soluționării problemelor relativ la persoanele handicapate din întreaga lume în strînsă cooperare și interacțiune cu activitățile statelor membre, în folosul comunității internaționale în ansamblul său. Această concepție fundamentează conținutul Rezoluției 31/82 a Adunării Generale, care cheamă statele membre ale O.N.U. să ia în considerare drepturile și principiile pe care le consfințește, în procesul adoptării politicilor, planurilor și programelor lor, și să informeze asupra măsurilor pe care le adoptă, în scopul aplicării efective a drepturilor și principiilor înscrise în Declarație. Într-o rezoluție adoptată ulterior, la cea de-a XXXIV-a sesiune, Adunarea Generală a făcut bilanțul realizărilor obținute pînă la acea dată și, dezvoltînd în mod semnificativ tema Anului internațional în termenii „Participare și egalitate deplină”, a invitat statele membre să acorde atenție și să elaboreze planuri în sprijinul Anului internațional în cheștiune.

Sprînjitor ferm al Națiunilor Unite și al activităților acestora dedicate idealurilor nobile consfințite în Carta O.N.U. și un sprînjitor activ al creșterii rolului O.N.U. în viața internațională, Republica Socialistă România a manifestat interes deosebit față de activitatea desfășurată de O.N.U. în vederea pregătirii și desfășurării Anului internațional al persoanelor handicapate, precum și față de aplicarea efectivă a Declarației și Planului de acțiune. Spiritul constructiv de cooperare manifestat de România în acest domeniu, ca de altfel în toate celelalte domenii de preocupare ale O.N.U., emană din întregul conținut al documentului substanțial transmis de guvernul român Secretariatului O.N.U., ca răspuns la cererea acestuia din urmă, în care sînt expuse în detaliu măsurile și acțiunile în domeniile economic, social, educațional, umanitar, precum și în alte domenii ale strădaniilor omenești, vizînd bunăstarea persoanelor handicapate din România și integrarea lor în societatea românească, în care sînt cuprinse, de asemenea, o serie de propuneri concrete în ce privește modalitățile de a traduce în viață Planul de acțiune pentru recuperarea persoanelor handicapate.

Este un motiv de profundă satisfacție să subliniem în acest context faptul că, în cadrul pregătirilor intense pentru marcarea corespunzătoare a Anului internațional și continuînd o cooperare rodnică devenită deja tradițională, Centrul de Informare al Națiunilor Unite pentru România a avut cîntea de a participa la elaborarea unor programe, în colaborare cu Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie, Ministerul Muncii, Ministerul Sănătății și alte instituții românești de prestigiu. Numeroasele manifestări și acțiuni ce vor avea loc la București și în alte localități ale țării, în conformitate cu aceste programe, vor contribui, fără îndoială, la întărirea rolului și contribuției pe care bărbații, femeile și copiii handicapați pot să le aducă, în deplinătatea demnității și respectului personalității lor, la progresul și prosperitatea societății din care fac parte integrantă. Prin aceste manifestări și acțiuni, menite să marcheze în această țară Anul internațional al persoanelor handicapate, Republica Socialistă România va contribui, ca și în trecut, alături de alte state membre, la reușita acestei importante acțiuni a Națiunilor Unite, ajutînd astfel la netezirea căilor spre alte activități dedicate sarcinii nobile de a asigura persoanelor handicapate din întreaga lume o participare deplină la viața societății, în demnitate, libertate și egalitate.

Abdel Salam DAJANI
directorul Centrului de Informare
al O.N.U. pentru România

ZIUA MONDIALĂ A CRUCII ROȘII ÎN 1981:

ASISTENȚĂ ȘI PROTECȚIE

Astăzi, toți oamenii cunosc originea și rosturile Crucii Roșii, imaginea ei fiind asociată firesc cu aceea posibilitate a omului de a ajuta sau de a fi ajutat. Fiecare societate națională, însăși mișcarea internațională de Cruce Roșie își au istoria lor încărcată cu situații și fapte de autentică solidaritate umană.

Într-o lume bîntuită de războaie, la care se adaugă calamități sociale, ca foametea, sărăcia, decăderea umană și încă neprevăzutele stihii ale naturii, principiile și simbolurile Crucii Roșii au puterea să sensibilizeze, să mobilizeze și să unească sentimentele dintotdeauna bune ale omenirii.

Orînduirile sociale își pun desigur amprenta asupra mișcării de Cruce Roșie din fiecare țară.

De aici și direcții de acțiune diverse ale societăților naționale din țările capitaliste dezvoltate sau cele în curs de dezvoltare, mai ales în domeniul ocrotirii sănătății și în domeniul asistenței sociale a celor suferinzi și fără de mijloace. În unele țări, în lipsa unor legi sau a unor instituții cu caracter sanitar-social, societățile naționale de Cruce Roșie își propun obiective de ajutorare pentru o mare masă de oameni, bolnavi, infirmi, bătrîni sau copii orfani și, în ultimul deceniu, a celor căzuți pradă drogurilor, mizeriei sociale.

În România, ca în toate celelalte țări socialiste, Crucea Roșie are privilegiul de a-și propune ca obiectiv principal sprijinirea politicii statului în domeniul ocrotirii sănătății populației prin propagandă și educație sanitară, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor. De asemenea, prezența organizației în multiple

acțiuni social-umane este determinată de atribuțiile ce-i revin ca organizație de masă, pe linia educației populației în spiritul eticii și echității socialiste, charta moral-politică a partidului comunist.

Vocația umanistă a Crucii Roșii se regăsește într-o diversitate de preocupări și în situații neprevăzute în care oamenii, cetățenii acestei țări, știu să intervină cu dragoste, cu tact și eficiență. În unitățile de asistență sanitară, în căminele-spital și căminele pentru bătrâni, în leagănele de copii, în unitățile de asistați, statul socialist a investit în acești ani o forță umană și materială suficientă pentru ca toți cei ocrotiți să beneficieze de condiții civilizate de viață și de îngrijire a sănătății. Dar dragostea oamenilor pentru oameni niciodată nu prisosește. Vom întâlni activiști voluntari ai Crucii Roșii în spitale, în leagăne, în cartiere, la școlile de handicapați, la căminele de bătrâni preocupați să alunge singurătatea, monotonia zilelor grele, să înlocuiască un membru al familiei, să aducă căldură și omenie. Se disting printre aceștia înimoasele surori de Cruce Roșie, echipierele grupelor sanitare, „micii prieteni ai Crucii Roșii“, înodăți din anii de școală să fie în stare să-și ajute semenii.

Nu putem ști niciodată cifra exactă a celor care, zi de zi, în marea armată a donatorilor onorifici de singe, oferă, la îndemnul Crucii Roșii, singele necesar asistenței medicale. Sute de mii, unii știuți, alții anonimi. Trăiesc lângă noi, ne sînt tovarăși de muncă, vecini din cartier; auzim că sînt donatori, dar nu realizăm miracolul pe care îl înfăptuiesc asigurînd în permanență pentru cei aflați la cumpăna dintre moarte și viață elizirul salvator. Donatorului onorific de singe încă nu i s-au scris poemele și cîntecele pe care le merită, care să-l facă cunoscut și prețuit!

Aproape șapte milioane de cetățeni sprijină Crucea Roșie făcînd parte din organizațiile ei și participînd efectiv la sporirea fondurilor ei materiale, atît de necesare pentru tot ceea ce se realizează pentru oameni. Datorită acestei contribuții modeste, dar plină de semnificații, Crucea Roșie poate să editeze un vast material de propagandă sanitară, să realizeze filme, să organizeze tabere pentru copii, să sprijine acțiunea de instruire sanitară a întregii populații în propriul ei folos. Și ori de cîte ori este nevoie să vină în sprijinul populației din diferite țări ale globului afectate de calamități naturale sau victime ale unor agresiuni armate.

În anul 1981 Ziua mondială a Crucii Roșii înscrie, ca și în anii precedenți, o temă generoasă — „Asistență și protecție“. Cuvinte care atrag atenția asupra preocupărilor constante ale acestei mișcări umane, dar care pot să însemne și un deziderat pentru ca acțiunea Crucii Roșii să fie și mai bine înțeleasă și sprijinită.

Maria SILEA

„CRUCEA ROȘIE ȘI PACEA“



Anchetă realizată de Valeria CHILĂU

ANCHETĂ INTERNĂȚIONALĂ



Omenirea traversează o epocă deosebit de complexă și dramatică, caracterizată printr-o acumulare îngrijorătoare de probleme nerezolvate, apariția altora noi, menținerea stărilor de conflicte și tensiune. Pe diferite meridiane ale Terrei, nesăbuita intensificare a cursei înarmărilor creează din nou pericole pentru pacea și securitatea internațională. O situație care contravine voinței popoarelor manifestată prin eforturi hotărâte de a pune capăt vechii politici imperialiste de dominație și asuprire, de forță și dictat, de a se dezvolta libere și independente, într-un climat de deplină egalitate, înțelegere și pace.

În asemenea condiții este mai necesară ca oricând acțiunea unită a forțelor înaintate de pretutindeni pentru împiedicarea agravării încordării internaționale, pentru reluarea și continuarea cursului spre destindere și colaborare, a politicii de pace și dezvoltare liberă a națiunilor.

Așa cum sublinia președintele republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu, la deschiderea celei de-a XXIII-a Conferințe Internaționale a Crucii Roșii, la București, în anul 1977, alături de forțele progresiste Crucea Roșie Internațională trebuie să acționeze cu responsabilitate și vigoare sporită pentru întronarea în viața internațională a principiilor de egalitate, de respect al independenței și suveranității naționale, de neamestec în treburile interne, de renunțare la forță și la amenințarea cu forță, pentru promovarea unei largi colaborări bazate pe egalitate în drepturi și avantaj reciproc, într-un climat de pace, destindere și securitate, pentru respectarea dreptului sacru al fiecărui popor de a fi pe deplin stăpîn pe destinele sale.

Fidelă principiilor sale fundamentale, Crucea Roșie poate reprezenta o forță importantă în lupta pentru apărarea dreptului la viață, la pace.

Disponind de un număr mare de membri, de o cuprinzătoare rețea la toate nivelurile — internațional, național și local —, de legături între toate organizațiile, de cuprindere a numeroase categorii socio-profesionale, precum și de un prețios îndrumar — Programul de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace, mișcarea internațională de Cruce Roșie poate contribui eficient la asigurarea și consolidarea păcii. Dealtfel, încă de la începuturile sale, Crucea Roșie, militînd pentru alinarea suferințelor provocate de războaie, și-a exprimat ferm necesitatea eliminării războiului ca mijloc de rezolvare a problemelor internaționale. Această poziție larg exprimată pe arena internațională și-a găsit recunoșterea în decernarea Premiului Nobel pentru Pace atît Comitetului Internațional al Crucii Roșii cît și Ligii Societăților de Cruce Roșie, ceea ce demonstrează aportul mișcării de Cruce Roșie la cauza păcii.

Corelația dintre idealul de pace al omenirii și țelurile mișcării de Cruce Roșie, fondate pe dorința de înfrățitorare umană, cooperare, înțelegere și prietenie, este astăzi mai necesară ca oricînd.

În dorința de a face cunoscute cititorilor concepția și acțiunea actuală a Crucii Roșii Internaționale în favoarea păcii, redăm în continuare opiniile unor conducători de societăți naționale și organisme internaționale.

APELUL C.I.C.R. PENTRU DEZARMARE

„Cu ocazia Sesiunii extraordinare pe care Adunarea Generală a Națiunilor Unite o va consacra dezarmării, Comitetul Internațional al Crucii Roșii (C.I.C.R.) ține să-și facă auzită vocea asupra acestei probleme capitale.

Născută din grija de a limita suferințele provocate de război în focul luptelor, Crucea Roșie a manifestat întotdeauna dorința sa arzătoare de a vedea că încetează încețările armate, prin care omul anihilează sau își distruge viitorul. Dar extraordinara evoluție a tehnicilor și mijloacelor de război, și în mod special apariția armelor nucleare, a făcut ca lumea să păsească într-o eră nouă, în care este în joc nu numai viața miilor de indivizi, ci însăși supraviețuirea omenirii.

La 5 septembrie 1945, cu mai puțin de o lună după bombardamentele nucleare de la Hiroshima și Nagasaki, C.I.C.R. exprima public via sa preocupare față de această evoluție. Sîntem nevoiți însă să constatăm că, în ciuda eforturilor considerabile ale oamenilor de bună credință, dezvoltarea armelor a continuat de atunci într-un ritm înspăimîntător atît din punct de vedere cantitativ, cît și sub aspectul capacității distructive. Primele care au de suferit ca urmare a acestei dezvoltări sînt populațiile civile, care, mereu mai numeroase, sînt atinse de arme cu efecte nediscriminatorii sau trăiesc sub continua amenințare a mijloacelor de distrugere în masă.

A sosit momentul pentru C.I.C.R. să-și manifeste din nou îngrijorarea față de

acumularea unui potențial distructiv, capabil să nimicească planeta și să arate din nou profunda sa neliniște față de nesăbuita risipă pe care o constituie cursa înarmărilor și răspîndirea lor masivă în diferite locuri de pe toate meridianele globului și unde în cea mai mare parte domnește încă mizeria.

Martor direct, în atîtea războaie, al incomensurabilelor suferințe a milioane de victime, cărora s-a străduit să le acorde protecție și asistență cu sprijinul tuturor forțelor Crucii Roșii, C.I.C.R. apelează la Adunarea Generală a Națiunilor Unite pentru ca ea să facă din această sesiune extraordinară punctul de plecare al unei noi speranțe pentru comunitatea internațională. El cere guvernelor participante să acționeze în scopul instaurării climatului de încredere și securitate, care să permită ieșirea din impasul în care se găsește omenirea și, depășind interesele particulare, să se ajungă la un acord asupra dezarmării. Crucea Roșie nu ignoră deloc faptul că fără măsuri concrete de dezarmare nu se va putea deschide calea spre idealul său de fraternitate universală, pe care îl împărtășesc popoarele lumii. Fără îndoială că privirea acestor popoare este îndreptată astăzi spre Adunarea Generală a Națiunilor Unite cu neliniște, dar și cu speranță.

Pentru Comitetul Internațional al
Crucii Roșii
Alexandre HAY
președinte

FUNDAMENT REAL — DRAGOSTEA NOASTRĂ PENTRU PACE

Henrik BEER
secretar general
al Ligii Societăților de Cruce Roșie

De mulți ani, cu ocazia conferințelor internaționale ale Crucii Roșii, au fost adoptate rezoluții reamintind rolul pe care Crucea Roșie poate să-l joace ca factor de apropiere între popoare și, desigur, în domeniul Crucii Roșii de tineret, „care poate lega linii solide de prietenie între tinerii din toate țările“.

Crucea Roșie, la fel de bine pe plan național, ca și pe plan internațional, constituie o forță vitală pentru menținerea păcii. În sinul unei națiuni, pacea se edifică în inima și spiritul oamenilor prin acte de simpatie, de înțelegere și respect pentru celălalt. Transpuse în plan internațional, asemenea manifestări aduc nu numai o alinare a suferinței, dar contribuie la crearea unor legături solide de prietenie și simpatie între toate popoarele lumii.

Sarcina esențială a Crucii Roșii este de a alina suferințele umane în mod imparțial, fără deosebire de naționalitate, de rasă, de convingeri religioase sau opinii politice. Asumându-și această responsabilitate, Crucea Roșie oferă tuturor prilejul de a acționa eficient pentru a alina suferințele umane și în același timp pentru a contribui la mai buna înțelegere între popoare, element esențial pentru menținerea păcii. Dealtfel, obiectivul general al Ligii Societăților de Cruce Roșie este „de a inspira, încuraja, facilita și de a face să progreseze permanent și sub orice forme acțiunea societăților naționale pentru a preveni și alina suferințele umane și pentru a aduce astfel contribuția sa la menținerea și la promovarea păcii în lume“.

Programul de acțiune adoptat la Conferința mondială a Crucii Roșii de la Belgrad din 1975, definind principiile de acțiune ale Crucii Roșii pentru promovarea păcii, prezintă un ansamblu de linii directoare, sub formă de planuri, destinate să orienteze acțiunea societăților naționale, a Ligii și Comitetului Internațional al Crucii Roșii în favoarea păcii.

În urma acestei conferințe a fost constituită comisia „Crucea Roșie și pacea“, cu sarcina de a veghea la aplicarea Programului de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace.

Acțiunea Ligii în favoarea păcii este în întregime cuprinsă în activitățile sale variate,

care tind la aplicarea principiului de întrajutorare internațională și la stringerea legăturilor de prietenie și înțelegere dintre națiuni, fără de care nu poate exista o pace reală, adevărată.

În plan practic se cuvine să amintim în plus că volumul ajutoarelor acordate de Crucea Roșie în ultimii ani tuturor părților în conflict este considerabil crescut, probă a fidelității față de principiile umanitare care animă mișcarea noastră. Un alt exemplu de asemenea fidelitate este extinderea difuzării dreptului umanitar în numeroase părți ale lumii sau intensificarea contactelor amicale între grupuri ale Crucii Roșii de tineret, fără a mai vorbi de distribuirea foarte largă a publicațiilor Crucii Roșii, în care putem vedea din nou că munca pentru pace stă la baza activităților noastre.

Crucea Roșie nu este o organizație „protestatară“, altele fiind organizațiile ce și-au asumat acest rol. Noi dorim să ne menținem pe linia noastră de conduită, vizînd să asigurăm o cooperare între toți membrii noștri și vom fi ultimii care să renunțe la mișcarea noastră ca organ de legătură în serviciul păcii.

Sintem astfel îndreptățiți să afirmăm, în concluzie, că mișcarea de Cruce Roșie în întregime, de la conferințele internaționale pînă la munca depusă într-un sat de către un modest voluntar, are ca fundament real dragostea noastră pentru pace.

PUTEM ACȚIONA ÎN FAVOAREA ÎNȚELEGERII

Prof. dr. Werner LUDWIG
președintele Crucii Roșii din
R.D. Germană

Avem ferma convingere că mișcarea internațională de Cruce Roșie poate contribui pe multiple căi la ameliorarea climatului internațional de destindere, cooperare și pace în întreaga lume. Și, desigur, acestea pot fi, de asemenea, activități pe care Programul de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace le definește drept așa-numita contribuție indirectă a Crucii Roșii la menținerea păcii.

De aceea, cooperarea între societățile naționale, bazată pe principiile fundamentale ale Crucii Roșii Internaționale, aprobate la Viena în 1965, are aceeași importanță ca și dezvoltarea ajutorului reciproc și a acțiunilor de solidaritate în cadrul Programului de dezvoltare și al Programului de asistență în caz de dezastre inițiate de Ligă. Extinderea înțelrilor bilaterale și a reuniunilor inter-

naționale, schimbul de delegații de tineret, organizarea de tabere de tineret etc. sint, fără îndoială, mijloace de activitate în acest sens. În aceste zile, cînd lumea, și îndeosebi Europa, trebuie să hotărască dacă continuă cursa spre destindere și coexistență pașnică sau se reîntoarce la o nouă perioadă a războiului mondial, noi credem că este absolut necesar ca societățile de Cruce Roșie să sprijine orice efort care poate servi destinderii.

În acest sens, am apreciat inițiative ca Apelul pentru dezarmare al C.I.C.R. sau Masa rotundă a instituțiilor laureate ale Premiului Nobel pentru Pace.

Începînd din 1952 — anul creării sale — Crucea Roșie din R.D.G. a manifestat permanent o atitudine fermă privind promovarea, menținerea și întărirea păcii și prieteniei între națiuni. Aceasta demonstrează suficient de ce organizația noastră a acordat o atenție deosebită pregătirii și organizării Conferinței mondiale a Crucii Roșii pentru pace și face tot posibilul să traducă în viață Programul de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace.

În acest sens, Prezidiul Crucii Roșii din R.D.G. a constituit o comisie pentru pace în vederea stimulării și coordonării acțiunilor organizatorice în sensul Programului de acțiune. Aceasta presupune sarcina de a informa publicul despre activitățile noastre în favoarea păcii și are ca scop să primească sprijinul în asemenea acțiuni, ca, de exemplu, solidaritatea și asistența pe care le acordăm pentru dezvoltare și în caz de dezastre.

Comisia pentru pace a organizației noastre cooperează strîns și cu Consiliul pentru pace din R.D.G., pentru că noi intenționăm să avem o contribuție esențială și directă la consolidarea păcii mondiale, contribuție care să aibă efect asupra opiniei publice.

Pe lîngă popularizarea în rîndurile membrilor noștri a Programului de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace, am urmărit și latura educațională și politică prin chemarea lansată „Crucea Roșie și pacea”, care s-a bucurat de un interes deosebit.

Organizația noastră a inițiat un concurs de desen și pictură avînd ca temă „Pacea”, adresat copiilor și tineretului, la care au participat mai mult de 5 000 de tineri, 22 din cele mai bune desene fiind trimise Ligii, iar 16 picturi fiind folosite ca model pentru stampe, destinate propagandei în favoarea stringerii de fonduri.

Generația mai vîrstnică are obligația să pregătească tineretul de azi pentru răspunderea pe care o are pentru ziua de mîine, și mai ales să acorde o atenție deosebită menținerii păcii.

Aceasta implică necesitatea ca organizația de Cruce Roșie să sprijine mai puternic munca educațională în acest domeniu, acordînd o atenție deosebită diferitelor grupe sociale, profesionale și de vîrstă, în mod diferențiat și corespunzător. Sarcinile pe care le îndeplinește Crucea Roșie în privința solidarității



și asistenței oferă condiții speciale, interesante de acțiune, promptitudinea angajamentului personal fiind promovată în acest fel și direct atestată.

Sînt desigur multiple forme prin care tinerii se cunosc reciproc, fac schimb de experiență promovînd înțelegerea în lupta lor unită pentru pace. Cunoștințele și prietenii legate cu ocazia taberelor internaționale de tineret sînt evocate cu mari emoții.

În anul 1982 vom organiza o nouă tabără internațională de tineret, care va fi dedicată luptei unite pentru menținerea păcii.

UN DIALOG AMICAL ȘI RODNIC

Prof. Oreste LOURIDIS
președintele Crucii Roșii elene

Rolul esențial al Crucii Roșii ca factor de pace este prin excelență indirect, acțiunea directă în favoarea păcii fiind încredințată prin Charta de la San Francisco Consiliului de Securitate.

Crucea Roșie, prin însăși natura sa de organizație umanitară, se pronunță întotdeauna în favoarea păcii, dar ea n-ar putea desigur preveni, nici împiedica declararea sau desfășurarea unui război sau unui conflict armat. Contribuția sa indirectă constă în a veghea la stricta aplicare a Convențiilor de la Geneva și în exercitarea cât mai conștiincios posibil a activităților sale umanitare.

Crucea Roșie elenă susține cu fermitate că în cadrul mișcării internaționale de Cruce Roșie trebuie să se depună toate eforturile pentru ca prin schimburi de experiență între tineri, tabere, corespondențe să se creeze în rândul tinerei generații un climat de prietenie, pace și înțelegere.

Într-un asemenea climat, popoarele ar putea să spera că într-o zi, pe care noi o dorim aproape, războiul să fie exclus ca mijloc de rezolvare a problemelor umanității și să cedeze locul unui dialog amical, civilizat și rodnic.

SĂ NE RESPECTĂM RECIPROC PĂRERILE

Matts Bergom LARSSON
președintele Crucii Roșii suedeze

Examinând balanța terorii internaționale și gravele conflicte din întreaga lume, apare evidentă necesitatea de a rezolva conflictele pe cale pașnică.

Ce poate și trebuie să facă Crucea Roșie? Activitatea umanitară din „munca indirectă pentru pace” este foarte importantă.

Crucea Roșie este unul din cele mai importante instrumente pe care le au oamenii atunci când doresc să-și exprime în practică umanismul și voința de a-și ajuta semenii.

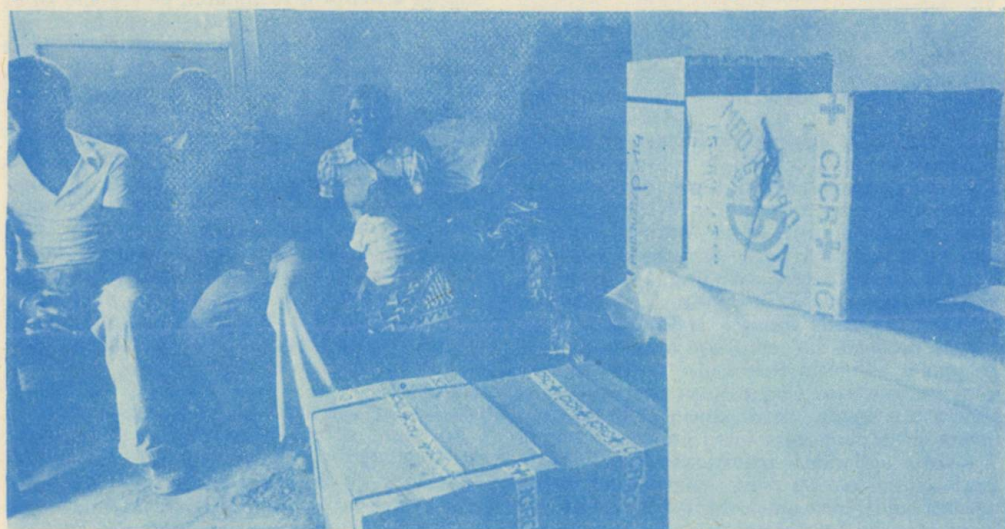
Ea poate deseori activa pe plan internațional chiar în timpul conflictelor în desfășurare, punând în practică solidaritatea umană și respectul uman, inclusiv pentru partea inamică.

Crucea Roșie este deseori singura organizație care poate acționa în această direcție, după cum, deseori, ea este ultimul contact constructiv care se rupe la înrăutățirea unui conflict și primul care se stabilește la îmbunătățirea condițiilor.

Pacea constituie un subiect care poate stârni pasiuni, temeri, suspiciune și o anumită ostilitate. Totuși ea constituie subiectul cel mai important al omenirii. De aceea, în cadrul Crucii Roșii noi trebuie să lucrăm intens pentru pace. Pentru a realiza aceasta printr-un efort unit, fapt ce derivă din însăși natura problemei, este necesar să învățăm să ne respectăm reciproc părerile, gândurile și sensul real al cuvintelor. De aceea, abordarea prietenească, de la egal la egal, și constructivă devine esențială.

Pacea internațională sugerată și elaborată de o singură parte este un lucru imposibil; educarea pentru pacea internațională poate fi dezvoltată numai prin cooperare între oponenții potențiali, care contribuie în egală măsură.

Pornind de aici, accentul s-a pus în mod progresiv pe abordarea specială, și anume „Educația pentru pace — soluție pentru conflicte”, prezentată la Universitatea din Upsala de prof. Anatol Pikas. Metoda se bazează pe o „comunicare constructivă simetrică”, care urmărește introducerea obiceiului de a analiza argumentele oponentului cu



ANCHETĂ INTERNĂTIONALĂ

ipoteza că unele dintre ele ar putea fi adevărate. Acest fel de abordare nu este ușor; el cere educație în sensul că, acceptând argumentele oponentului, nu înseamnă renunțarea la propriile opinii; scopul metodei este acela de a netezi calea spre înțelegere.

Sîntem de părere că tineretul trebuie să preia o mare parte din responsabilitatea pentru promovarea păcii. Mișcarea noastră de tineret manifestă un interes deosebit pentru a testa, în sinul său, metoda „comunicării constructive, simetrice”. De fapt, secția noastră de tineret este foarte preocupată de întregul concept al păcii. Orice cale posibilă pentru a încerca să facă ceva acolo unde ei înșiși pot contribui reprezintă un pas în direcție bună. Or, „comunicarea constructivă simetrică” ar putea fi aplicată pe plan internațional în tabere de tineret, centre de studiu, seminarii etc., avînd posibilitatea să contribuie la creșterea înțelegerii între popoarele lumii.

PRIN ACTIVITĂȚI UMANITARE LA MENȚINEREA PĂCII

Dr. Heinrich TREICHL
președintele Crucii Roșii austriece

Crucea Roșie austriacă înțelege contribuția ei la eforturile Crucii Roșii pentru instaurarea și menținerea păcii în lume prin intensificarea numeroaselor sale activități umanitare, precum și prin îmbunătățirea situației omului în această lume. Printre acestea se numără participarea mai largă a societății noastre naționale la Programul de dezvoltare pentru țările lumii a treia, ajutorul în caz de dezastre sau conflicte armate și, mai cu seamă, educația tineretului nostru în spiritul umanitar al Crucii Roșii, de înțelegere pentru aproapele nostru, dorința de înțelegere și de cooperare între popoare.

Aceste activități tradiționale ale Crucii Roșii austriece au fost continuate într-o măsură mult mai mare după Conferința de la Belgrad din 1975 și vor fi încă intensificate.

CRUCEA ROȘIE NU POATE RĂMÎNE ÎN AFARA PREOCUPĂRILOR PENTRU REZOLVAREA GRAVELOR PROBLEME MONDIALE

General-maior Constantin BURADA
președintele Consiliului Național
al Societății de Cruce Roșie
din Republica Socialistă România

Pacea spre care tindem nu înseamnă o simplă absență a războiului, ea trebuie să se caracterizeze într-un proces dinamic de cooperare, bazat pe respectul independenței tuturor statelor, al suveranității naționale, al egalității în drepturi, al neamestecului în treburile interne.

Pornind de la o asemenea concepție, Republica Socialistă România desfășoară o amplă activitate pe arena internațională, militînd cu consecvență și fermitate pentru consolidarea cursului spre destindere, pentru soluționarea problemelor complicate ale vieții internaționale, a diferendelor și litigiilor dintre state exclusiv pe cale politică, prin tratative între părțile interesate, eliminîndu-se cu desăvîrșire recurgerea la forță, la mijloacele militare, care nu duc decît la agravarea conflictelor, provoacă daune și suferințe popoarelor, periclitează pacea generală.

În acest spirit, prin metode și mijloace specifice de acțiune, Crucea Roșie română își aduce contribuția la promovarea politicii active de pace, destindere și colaborare a partidului nostru, acționînd în consens

cu însuflețirea ideii cuprinse în cuvîntarea președintelui republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu, la inaugurarea celei de-a XXIII-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii de la București (1977): „Crucea Roșie poate contribui într-o măsură importantă la cauza progresului și păcii; ea nu poate rămîne în afara preocupărilor popoarelor pentru rezolvarea gravelor probleme mondiale... Dealtfel, țelurile fundamentale ale Crucii Roșii pledează cu toată puterea în favoarea ideii ca ea să-și facă un titlu de onoare din lupta pentru împlinirea dezideratelor prioritare ale omenirii — pacea, dezarmarea, securitatea, lichidarea subdezvoltării, democratizarea relațiilor internaționale, întărirea solidarității popoarelor și a tuturor organismelor internaționale în edificarea unei lumi mai bune și mai drepte pe planeta noastră”.

Acționînd permanent în spiritul politicii externe a României socialiste, Crucea Roșie română, prin activitatea ei, se înscrie ferm pe calea promovării consecvente a idealurilor de pace care animă popoarele întregii lumi. Organizăm astfel, pe linia recomandărilor Programului de acțiune al Crucii Roșii ca factor de pace, o serie de activități pe plan intern și internațional, al căror scop final îl constituie sporirea contribuției la înfăptuirea acestui deziderat cardinal al omenirii.

Consecventă politicii ferme a partidului și statului nostru de a dezvolta continuu și multilateral relațiile de prietenie și colaborare cu țările socialiste, pentru întărirea solidarității și unității acestora, în scopul contribuției lor tot mai puternice la politica de pace, de destindere și independență, organizația noastră a găzduit în luna septembrie 1980 reuniunea consultativă a conducătorilor societăților de Cruce Roșie din unele țări socialiste, un punct distinct pe ordinea de zi fiind contribuția Crucii Roșii la cauza păcii. Schimbul de vederi a evidențiat noi forme și metode de acțiune, precum și necesitatea creșterii cooperării.

În deplină concordanță cu politica statului nostru privind întărirea colaborării între țările din Balcani, pentru transformarea acestei regiuni într-o zonă a bunei vecinătăți, fără arme nucleare, o zonă a păcii, acționăm pentru aplicarea prevederilor din programul amintit referitor la intensificarea activităților pe plan regional menite să contribuie la promovarea păcii. Crucea Roșie română este preocupată de intensificarea și diversificarea colaborării între societățile de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice. Pe această linie se înscriu seminariile și simpoziunile dedicate găsirii unor forme mai eficiente și mai concrete de cooperare în importante domenii de activitate, cum sînt: surorile voluntare de Cruce Roșie, protecția mediului înconjurător etc. — organizate la București în 1978 și 1980 —, precum și tabăra internațională a Crucii Roșii de tineret din țările

balcanice care a avut loc la Brașov în anul 1978.

În ampla acțiune care se desfășoară astăzi pe plan mondial pentru triumful politicii de pace, tînăra generație, care este profund interesată de viitorul său și care dispune de capacitate de inițiativă și de acțiune, trebuie să fie în primele rînduri, „manifestîndu-se activ — așa cum sublinia președintele republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu — ca un detașament de luptă pentru triumful rațiunii, pentru o lume mai dreaptă și mai bună, pentru viață, pentru colaborare și pace”.

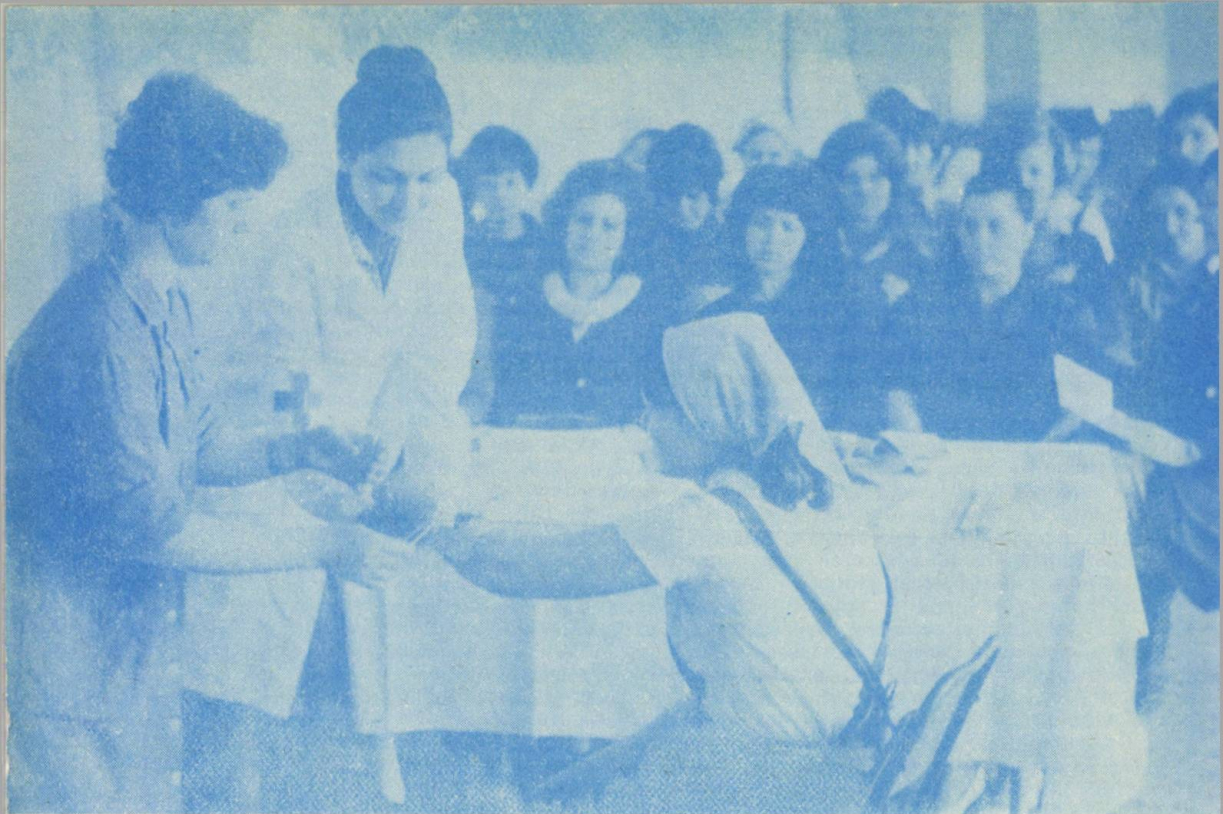
În acest sens, acordăm o deosebită importanță intensificării educării tinerilor membri de Cruce Roșie în spiritul păcii, prieteniei și cooperării între popoare. Educarea tinerii generații în spiritul dragostei de pace și înțelegere între națiuni, al unei participări active, responsabile la rezolvarea problemelor care confruntă omenirea reprezintă un domeniu în care Crucea Roșie poate aduce contribuții remarcabile.

Taberele internaționale și cele naționale de tineret, precum și alte manifestări organizate de societatea noastră în cadrul Anului Internațional al Copilului se înscriu tocmai în această preocupare. Perspectiva Anului Internațional al Tineretului (1985) sub deviza „Pace, dezvoltare, prietenie”, proclamat de Adunarea Generală a O.N.U. ca urmare a unei inițiative a României, căreia i s-au alăturat o serie de alte state, oferă organizației noastre un prilej în plus de a ne manifesta activ pe acest tărîm, contribuind la realizarea obiectivelor anului.

Politica profund umanistă a partidului și statului nostru, ce poartă pecetea gîndirii clarvăzătoare și acțiunii ferme a președintelui republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu, și-a găsit o nouă expresie în măsurile de reducere în anul 1980 a cheltuielilor militare cu circa 2 miliarde de lei și a celor de administrație cu 4 miliarde de lei în favoarea accelerării progresului multilateral al țării. Inspirată de înaltele idealuri ale bunăstării poporului și păcii în lume, ele se înscriu ca un nou act politic și social profund umanist, cu semnificații sporite prin raportarea la evenimentele majore ale actualității internaționale.

Consecventă acestei politici și pornind de la principiul că manifestarea solidarității umane contribuie la întărirea înțelegerii între popoare, la salvagardarea și promovarea păcii, Societatea de Cruce Roșie din țara noastră este prezentă acolo unde calamități naturale și agresiuni militare provoacă imense pagube materiale, suferințe și pierderi de vieți omenești.

Acționăm permanent cu convingerea că mișcarea de Cruce Roșie dispune într-adevăr de largi posibilități pentru a contribui la înfăptuirea idealurilor de înțelegere, pace și prietenie în întreaga lume.



CRUCEA ROȘIE ROMÂNĂ ÎN DATE ȘI FAPTE

SCURTĂ ISTORIE

● Organizație care și-a dat unul din primele examene în focul luptelor pentru dobândirea independenței de stat a României, Crucea Roșie poartă pe

actul său constitutiv data de 4 iulie 1876. Ea este o organizație de masă, voluntară, cu larg caracter obștesc, cu scopuri profund umanitare, care contribuie, prin forme specifice, la înfăptuirea politicii partidului și statului nostru de apărare a sănătății populației,

precum și de ajutorare a cetățenilor care au suferit de pe urma calamităților naturale, catastrofelor și conflictelor militare ● Hotărârea Secretariatului C.C. al P.C.R. din 14 februarie 1972 cu privire la îmbunătățirea activității de Cruce Roșie a stabilit măsuri pentru dezvoltarea cadrului său organizatoric și creșterea numărului de membri, pentru întărirea colaborării cu celelalte organizații de masă și instituții de stat și creșterea aportului ei la acțiunile de propagandă și educație sanitară în scopul prevenirii îmbolnăvirilor ● Astăzi, Societatea de Cruce Roșie din Republica Socialistă România numără peste 6,5 milioane de membri — față de 200 000 în anul 1949.

● Crucea Roșie română face parte din Frontul Democratic și Unității Socialiste ● Ziua de 6 iulie 1976 a reprezentat un moment unic pentru centenara noastră organizație: prin Decret prezidențial s-a conferit Societății de Crucea Roșie Ordinul „Steaua Republicii Socialiste România” clasa I.



ACȚIUNILE EDUCATIV — SANITARE

● Împreună cu personalul sanitar și cu celelalte organizații de masă și obștești, Crucea Roșie își aduce o permanentă și importantă contribuție la educația sanitară a populației, pentru formarea unui comportament igienic și a unor deprinderi de viață rațională, de prevenire a factorilor de risc și întărire a stării de sănătate ● Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației subliniază rolul organizației în domeniul educării populației în probleme de prim-ajutor. În vederea transpunerii în viață a acestei sarcini, Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie a pus la dispoziția comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie numeroase materiale didactice demonstrative: 160 000 manuale de igienă și prim-ajutor,

11 450 seturi a 8 planșe, 2 500 seturi de diapozitive și afișul „Să acordăm corect primul ajutor”. Au fost difuzate, de asemenea, 44 de copii ale filmelor de Cruce Roșie „Răni și pansamente” și „Hemoragii-hemostaze” ● Societatea de Cruce Roșie a obținut rezultate deosebite în domeniul propagandei și educației sanitare. Astfel, numai în perioada anilor 1972—1979 au fost realizate: 25 titluri de broșuri educativ-sanitare și manuale, 5 000 seturi de diapozitive, 15 filme de scurt metraj pe teme de sănătate și de Cruce Roșie în peste 600 copii ● La activitatea de propagandă și educație sanitară își aduce contribuția revista „Sănătatea”, publicație cu rol propagandistic educativ-sanitar și de Cruce Roșie ● Acțiunile educativ-sanitare sînt organizate în toate județele țării. Au avut loc, în prezența unui public numeros, concursuri „Cine știe cel mai bine”, mese rotunde cu subiecte majore de sănătate publică, con-

ferințe și dialoguri despre prevenirea îmbolnăvirilor și călirea organismului, gale de filme și expoziții, seri de întrebări și răspunsuri, spectacole artistice cu tematică educativ-sanitară susținute de formațiunile sanitare voluntare ale Crucii Roșii, diverse concursuri și întreceri în rândul copiilor și tineretului școlar. Un loc aparte l-au ocupat simpoziioanele Consiliului Național al Societății de Cruce Roșie și colocviile revistei „Sănătatea”, organizate în circa 30 de județe ale țării, între anii 1975 și 1980 ● „Săptămîna Crucii Roșii” — manifestare devenită tradițională în țara noastră este un prilej de intensificare a acțiunilor profilactice și educativ-sanitare, organizate în întreprinderi, instituții, școli și facultăți, la sate, în scopul apărării și întăririi sănătății individuale și colective, al asigurării unei igiene corespunzătoare la locul de muncă și în familie.



FORMAȚIUNILE SANITARE VOLUNTARE

● Decretul nr. 561 din 20 octombrie 1973 instituționalizează modul de organizare și funcționare a formațiunilor sanitare voluntare ale Crucii Roșii, stabilind efectivele și baremurile de dotare, modul cum se realizează pregătirea, precum și misiunile ce le revin în diferite situații ● În septembrie 1978, prefașind „Săptămîna Crucii Roșii”, s-a desfășurat, la București, faza republicană a concursului grupelor sanitare, la care au participat formațiunile clasificate la faza județeană și a municipiului București din anul 1977 ● Pe primele 4 locuri s-au clasat grupele sanitare din județele Bacău, Timiș, Sălaj și Prahova ● La ediția din 1980 a fazei republicane a concursului grupelor sanitare, dintre cele 40 de formațiuni prezente la start — fruntauze la faza județeană a competiției în anul 1979 —

s-au clasat pe locul I grupa sanitară din județul Suceava, locul II grupele sanitare din municipiul București și județul Tulcea, locul III grupa sanitară din județul Galați.

SURORILE VOLUNTARE DE CRUCE ROȘIE

● Istoricul inițierii primelor detașamente de surori voluntare de Cruce Roșie română se leagă de anii războiului pentru cucerirea independenței de stat a țării noastre, cînd numeroase tinere, însuflețite de profunde senti-

mente patriotice, s-au alăturat corpului medical militar, salvînd răniții din primele linii. Consecvență tradițiilor sale, Crucea Roșie a pregătit prin cursuri speciale de-a lungul anilor, surori voluntare, activiste devotate pe tărîm sanitar și social ● Pentru consolidarea cunoștințelor, surorile de Cruce Roșie participă periodic la cursuri de reciclare prin practică în spitale. Ele sînt antrenate în viața organizației, multe fiind comandante de grupe sanitare și responsabile ale colectivelor posturilor de prim-ajutor, membre ale comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie, participînd activ la acțiunile de prevenire a îmbolnăvirilor, de igienizare și salubritate a locurilor de



muncă și localităților • În încleștările dramatice din anii 1970, 1975 și 1977, când locuitorii patriei noastre au cunoscut sălbătica revărsare de ape și un distrugător cutremur de pământ, surorile voluntare de Cruce Roșie au fost o prezență vie, acordând primul ajutor, încurajând și îmbărbătind pe cei aflați în suferință • Ele participă, de asemenea, periodic la numeroase acțiuni educativ-sanitare și social-umanitare în leagăne și case de copii, cămine-spital, dovedindu-se a fi valoroase activiste voluntare de Cruce Roșie.

CRUCEA ROȘIE ȘI TINERETUL

• 1 478 200 de elevi și 152 752 de studenți sînt azi membri ai organizației noastre • O atenție deosebită se acordă educației sanitare a preșcolarilor, elevilor și studenților în baza Programului-

cadru elaborat în comun de Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Învățămîntului, C.C. al U.T.C., Uniunea Asociațiilor Studenților Comuniști din România și Consiliul Național al Organizației Pionierilor • În școlile generale funcționează cercuri „Prietenii Crucii Roșii”, iar în licee cercuri „Viitorii donatori onorifici de sînge”. Scopul lor: atragerea în acțiuni specifice menite să cultive sentimentele de generozitate și întraajutorare umană • Pentru elevii din învățămîntul primar, gimnazial și liceal se organizează anual concursul „Sanitarii pricepuți” • În anul școlar 1979/1980, concursul „Sanitarii pricepuți” — amplă întrecere avînd ca obiectiv cunoașterea de către elevi a tehnicilor de acordare a primului ajutor — a antrenat în faza de masă circa 3,5 milioane de elevi • Faza republicană a acestui concurs s-a desfășurat în tabăra de la Cîmpulung-

Moldovenesc • Din doi în doi ani, în cadrul Festivalului Național „Cîntarea României”, se organizează concursul de artă plastică și creație literară „Pentru sănătate și umanitate” la care participă preșcolarii și elevii din învățămîntul primar și liceal • Elevii din unitățile speciale de învățămînt pentru deficienți recuperabili și parțial recuperabili, din școli speciale și cămine-școală, precum și elevii din liceele și școlile profesionale speciale sînt atrași în concursul de artă decorativă și aplicată pe teme de sănătate și Cruce Roșie intitulat „Muncă și sănătate” • În anul 1980 o bogată activitate s-a desfășurat în toate județele țării prin organizarea a numeroase gale de filme, concursuri „Crucea Roșie în apărarea sănătății tineretului”, expoziții cu desene executate de copii, acțiuni de igienizare și înfrumusețare a școlilor și localităților • Pentru comisiile de Cruce Roșie din institutele de învățămînt superior, eveni-



mentul anului universitar 1979 — 1980 l-a constituit întrecerea lansată de chemarea Institutului politehnic „Traian Vuia” din Timișoara. Ca urmare au fost întreprinse numeroase acțiuni educativ-sanitare, dovedindu-se o preocupare sporită pentru difuzarea în rândul studenților a cunoștințelor despre sănătate și viață rațională • Un grup de elevi din județele Ilfov și Suceava — participanți la concursul „Sanitarii pricepuți” și din Arad și Argeș — câștigători ai concursului „Pentru sănătate și umanitate” au fost trimiși în tabăra balcanică a Crucii Roșii de tineret care a avut loc în anul 1980 în R.P. Bulgaria. Tabăra se organizează prin rotație în fiecare țară • Începând din anul 1973 Crucea Roșie română, cu sprijinul U.G.S.R., U.T.C. și al Ministerului Educației și Învățământului, a organizat 6 tabere internaționale de tineret și o tabără a Crucii Roșii

de tineret din țările balcanice, prilej pentru ca tinerii de pe diferite meridiane să se cunoască, să facă schimburi de opinii, să se împrietească.

PREOCUPĂRI SOCIAL- UMANITARE

• Societatea de Cruce Roșie din țara noastră desfășoară încă din anul 1962 o entuziastă și valoroasă muncă de propagandă în direcția formării unei opinii favorabile donării onorifice de sînge. Ca urmare, numai într-un singur deceniu (1962 — 1972), cantitatea de sînge obținută pe cale onorifică s-a dublat, confirmînd o dată mai mult omenia ce caracterizează poporul nostru • Congresul organizației noastre, din decembrie 1973, a înscris în Statutul Societății de

Cruce Roșie din Republica Socialistă România, ca o atribuție de seamă, „desfășurarea unei largi munci de educație și convingere a populației asupra importanței donării de sînge și în scopul recrutării de donatori onorifici”

• Primul an după congresul din 1978 se încheie cu un bilanț edificator: 83,3 la sută din cantitatea de sînge necesară actului terapeutic a fost donată onorific; în rîndurile donatorilor onorifici de sînge din țara noastră se numărau circa 800 000 de persoane, bărbați și femei, tineri și vîrstnici, români, maghiari, germani și de alte naționalități • Rezultatele din anul 1980 s-au menținut în jurul celorlorași valori, dovadă elocventă a profunzimii și constanței sentimentului de solidaritate umană ce îi caracterizează pe donatorii onorifici de sînge • Ca o recunoaștere a valorii etice pe care o

exprimă donarea onorifică de sînge, la începutul anului 1979, prin Decret prezidențial, au fost decorați cu înalte ordine și medalii ale Republicii Socialiste România 60 de donatori onorifici de sînge, activiști obștești ai Crucii Roșii. Toți donatorii onorifici de sînge se bucură de recunoștința celor salvați, de respectul tovarășilor lor de muncă, de prețuirea celor din jur.

● Crucea Roșie acordă o atenție deosebită copiilor care trăiesc în unități de ocrotire. În leagăne, case de copii preșcolari și școlari femei înmoase, activiste obștești ale organizației noastre, își aduc contribuția la crearea climatului de căldură și afecțiune, de natură să asigure dezvoltarea armonioasă a asistaților. Reprezentanți ai Crucii Roșii fac parte din comitele de sprijin care activează pe lângă unitățile de ocrotire a minorilor; copiii sînt invitați în familii, sînt însoțiți la spectacole și în excursii, de sărbători li se fac daruri și li se organizează mici serbări; în colaborare cu personalul sanitar, copiii sînt deprinși cu regulile de igienă, educați și pregătiți pentru apărarea sănătății proprii și colective.

● Prin forme specifice, Crucea Roșie se ocupă de diferite categorii de oameni aflați în suferință: copii handicapați, bolnavi cronici, mari mutilați de război, invalizi. Surori de Cruce Roșie, elevi membri ai cercurilor „Prietenii Crucii Roșii”, alți activiști obștești îi vizitează pe cei ce nu se pot deplasa, le rezolvă unele treburi gospodărești, le transmit corespondența, le fac mici cumpărături ori le țin companie cîteva ceasuri, făcîndu-i să simtă că nu sînt singuri, izolați. ● Organizațiile de Cruce Roșie din cartiere, în colaborare cu organizațiile de femei, strîng de la populație sau confecționează obiecte de îmbrăcăminte ce se distribuie familiilor cu mulți copii și venituri modeste.



● Fidelă scopurilor sale umanitare, Crucea Roșie se preocupă să insenineze viața celor vîrstnici rămași singuri ori bolnavi. În căminele de bătrîni oîn activiști obștești, surori de Cruce Roșie care stau de vorbă cu asistații, le fac mici servicii, le aduc bomboane și flori la aniversarea zilelor de naștere, de sărbători. ● Deosebit de sensibili față de bătrîni se dovedesc a fi „Prietenii Crucii

Roșii”. Comisiilor de Cruce Roșie din școli generale și licee le aparțin inițiativele „Nepoți pentru o zi” și „Bunici pentru o zi”, acțiuni ce includ vizite la căminele de bătrîni, serbări, mici daruri oferite celor care s-au obișnuit cu prezența lor.

● În spiritul politicii de solidaritate promovate de partidul și statul nostru, Crucea Roșie română, animată de



Înaltul sentiment al întrajutorării umane, acordă ajutoare în alimente, medicamente, îmbrăcăminte populației din diferite țări care suferă de pe urma calamităților naturale sau a conflictelor armate. Organizația noastră a cunoscut ea însăși o impresionantă manifestare a spiritului de solidaritate internațională și a prieteniei față de poporul român în timpul inundațiilor din 1970 și 1975, al cutremurului din 1977 care s-au abătut asupra țării noastre.

ÎN FRONTUL MIȘCĂRII INTERNAȚIONALE

● Crucea Roșie română, consecventă principiilor poli-

ticii externe a partidului și statului, acționează în consens cu cerințele stringente ale omenirii, orientându-și întreaga activitate în cadrul mișcării internaționale în direcția colaborării și progresului, contribuție la politica de des-tindere, independență și pace. Astăzi, Crucea Roșie Internațională, ale cărei baze au fost puse cu mai bine de 117 ani în urmă, cuprinde 126 de societăți naționale, cu peste 230 milioane de membri, precum și două organisme internaționale: Comitetul Internațional al Crucii Roșii și Liga Societăților de Cruce Roșie, Semilună Roșie, Leul și Soarele Roșu, forul deliberativ suprem fiind conferința internațională, care se întrunește o dată la patru ani ● Crucea Roșie română este prezentă în mișcarea internațională de Cruce Roșie, contribuind, prin inițierea unor activități specifice, la promovarea idea-

lurilor umanitare ale Crucii Roșii. La diferite reuniuni internaționale, organizația noastră se pronunță cu consecvență pentru o participare mai eficientă a Crucii Roșii la soluționarea gravelor probleme cu care se confruntă contemporaneitatea, formulând propuneri concrete cu privire la îmbunătățirea structurii organismelor internaționale ale Crucii Roșii, la atragerea tuturor societăților naționale la activitatea Ligii și Comitetului Internațional al Crucii Roșii, la adaptarea acțiunii societăților naționale la schimbările esențiale produse în lume, astfel încât acestea să poată contribui substanțial la promovarea înțelegerii și cooperării între popoare.

● În ultimii ani au fost dezvoltate relațiile pe multiple planuri cu peste 120 de societăți similare de pe glob, cu Liga Societăților de Cruce



În spiritul politicii externe a partidului și statului nostru, de prietenie și colaborare cu toate popoarele lumii, Crucea Roșie română întreține și dezvoltă relații de colaborare cu societățile naționale de Cruce Roșie, Semilună Roșie, Leul și Soarele Roșu din peste 120 de țări.

Roșie și Comitetul Internațional al Crucii Roșii • Urmare firească a prestigiului de care se bucură România în lume, a participării ei active la manifestările internaționale a constituit-o alegerea Crucii Roșii române ca membră în Consiliul Executiv al Ligii Societăților de Cruce Roșie, precum și în Comitetul consultativ de sănătate și probleme sociale și Comitetul consultativ al ajutoarelor • Societatea de Cruce Roșie din țara noastră a găzduit la București, în luna octombrie 1977, cel mai înalt for deliberativ al mișcării mondiale de Cruce Roșie, a XXIII-a Conferință internațională a Crucii Roșii. Organizarea acestei importante manifestări pentru prima dată într-o țară socialistă, precum și desfășurarea cu succes a lucrărilor conferinței s-au bucurat de aprecieri unanime • Deschiderea oficială a celei de-a XXIII-a Conferințe internaționale a Crucii Roșii de către

președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu, constituie dovada interesului pe care secretarul general al partidului îl manifestă față de preocupările și sarcinile mișcării internaționale de Cruce Roșie. Cuvântarea rostită cu acest prilej a întrunit înalta apreciere unanimă a participanților prin realismul tezelor expuse privind rolul Crucii Roșii în prevenirea războaielor, în lupta pentru pace. Expunerea președintelui țării noastre reprezintă un document de importanță deosebită pentru Crucea Roșie română, un program mobilizator pentru întreaga noastră activitate • Transpunând în viață prevederile conferințelor societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice de la București (1976) și Atena (1979), Crucea Roșie română a organizat la București în anul 1978 simpozionul „Crucea Roșie și protecția mediului

înconjurător”, iar în anul 1980 seminarul „Pregătirea, rolul și activitatea surorilor voluntare de Cruce Roșie” • În conformitate cu politica consecventă a partidului nostru de a dezvolta continuu și multilateral relațiile de prietenie și colaborare cu țările socialiste, în septembrie 1980 s-a desfășurat la București reuniunea consultativă a conducătorilor societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din unele țări socialiste • În cadrul relațiilor bilaterale, Crucea Roșie română a primit vizitele unor delegații sau grupuri de lucru a numeroase societăți. Au fost trimise, de asemenea, delegații ale societății noastre în vizite pentru schimb de experiență în alte țări, precum și la acțiuni internaționale: întâlniri consultative, seminarii pe diferite teme, festivaluri ale filmului de Cruce Roșie, concursuri ale grupelor sanitare, reuniuni ale Crucii Roșii de tineret.

1831: SPITALUL MILITAR DIN BUCUREȘTI

Înființat pe baza „Ostășescului regulament pentru miliția Prințatului Țării Românești”, Spitalul militar din București și-a început activitatea în 1831, pentru regimentul 1 de infanterie, în câteva încăperi de la Spitalul „Filantropia”. Schimbând sediul de mai multe ori (la mănăstirea Mărcuța în anul 1832; în încăperile de la Beilic în anul 1833; pe străzile Mihai Vodă și Știrbei Vodă, iar din anul 1868 în actualul local), spitalul a cunoscut o serie de transformări și înnoiri, toate rodul activității și pasiunii unor medici-ostași.

La Spitalul oștirii de la Mihai Vodă urmează cursurile și practica medicală elevii „Școalei naționale de medicină și farmacie”, rezultată, așa cum prevede opusul domnesc nr. 1 092 din 16 august 1857, din transformarea școlii de medicină.

Perioada 1853—1884 poartă amprenta personalității lui Carol Davila, medic-șef al spitalului militar și apoi al armatei, desăvârșit organizator și reformator care a dat un real impuls dezvoltării medicinei românești. Sub îndrumarea sa apare primul regulament de funcționare a spitalului, se diversifică specialitățile medico-chirurgicale și laboratoarele.

Un rol deosebit în îngrijirea răniților și bolnavilor revine Spitalului militar în timpul războiului de independență, ca și în anii 1916—1918, chiar în condițiile grele din perioada în care a fost evacuat în Moldova.

În perioada 1918—1939 Spitalul militar din București cunoaște o nouă dezvoltare, prin realizarea unor construcții pavilionare, iar personalul medical o diversificare și o specializare corespunzătoare progresului medicinei pe plan mondial. Între 2 și 8 iunie 1937, cu prilejul desfășurării în capitala țării noastre a celui de-al IX-lea Congres internațional de medicină și farmacie militară, participanții străini și din țară au vizitat spitalul, având aprecieri elogioase cu privire la activitatea clinică și științifică ce se desfășoară aici.

În perioada celui de-al doilea război mondial, Spitalul militar și-a făcut pe deplin datoria, îngrijind un număr impresionant de răniți și bolnavi, dar a plătit scump atât cu jertfe de vieți omenești, cât și prin distrugerea, ca urmare a bombardamentelor aeriene, a unei bune părți din clădiri.

Imediat după 23 august 1944, deși în plin război, s-a aflat în atenția forurilor conducătoare, primind fonduri pentru reconstrucție.

În anii socialismului, Spitalul militar central din București cunoaște o continuă dezvoltare, beneficiind de bază materială la nivelul cerințelor actuale, în ultimii ani devenind spital clinic, bază de învățămînt pentru facultatea de medicină militară.

Împietind armonios activitatea de asistență medicală cu cea de cercetare și cu cea de învățămînt, Spitalul militar central a devenit în ultimii ani o unitate sanitară modernă, cu prestigiu în țară și peste hotare, cu cadre competente și o dotare în pas cu cele mai noi cuceriri ale revoluției tehnico-științifice, ceea ce permite abordarea unei cazuistici variate, incluzînd toate specialitățile medico-chirurgicale.

Aducîndu-și modesta, dar înflăcărată lui contribuție la alinarea suferințelor bolnavilor, Spitalul militar central își onorează prin fapte menirea sa, întîmpinînd cea de-a 150-a aniversare cu un bilanț bogat în realizări.

General maior dr.
Florian VLAD



„SALVAREA“ LA 75 DE ANI

Istoria medicinei menționează că Bucureștiul este printre primele capitale din lume care au beneficiat, în anul 1906, de serviciile unei societăți de salvare.

La începutul acestui secol, la inițiativa profesorului doctor Alexandru Obreja, pe atunci director general al Serviciului sanitar al României, o comisie specială elaborează un statut al unui viitor serviciu de salvare în țara noastră.

Dar umanitara inițiativă prinde viață abia cîțiva ani mai târziu datorită preluării ei de către prof. dr. Nicolae Minovici, care dovedește o profundă înțelegere pentru implicațiile social-umanitare ale unui asemenea demers, profesiunea sa de medic legist al orașului București oferindu-i numeroase cazuri în care oamenii se aflau în situații limită. Comandamentele umanitare ale profesiei îl obligau ca în primul rînd să încerce salvarea vieții acestor oameni. Dar acordarea primului ajutor și transportarea de urgență la spital constituiau adevărate probleme.

Cu toate demersurile pe care le face pe lingă oficia-

lități pentru a obține sprijinul necesar, rezultate nu se obțin, bugetul primăriei orașului București fiind precar. Și atunci entuziastul savant recurge la colectă publică, asigurînd baza materială a Societății de salvare din București, care ia ființă în iulie 1906, avînd în dotare două ambulanțe cu cai. În perioada iulie — decembrie 1906 au fost rezolvate 1 000 de solicitări, iar în anii următori un număr din ce în ce mai mare. Șase ani mai târziu, Societatea este dotată cu primele ambulanțe auto. Primul război mondial marchează o creștere vertiginoasă a numărului de intervenții, „Salvarea” din București fiind confruntată cu mari dificultăți materiale, primind timp de 2 ani (1918—1920) sprijin în material sanitar (medicamente, pansamente, inventar moale, lenjerie) din partea Societății de Cruce Roșie din România.

În anii '30, „Salvarea” parcurge o perioadă de maturizare organizatorică și profesională, amplificată și de înființarea în anul 1934 a Spitalului de urgență din

București (al treilea spital cu acest profil din lume după cele înființate la Moscova și Buenos Aires), în care activitatea chirurgicală era condusă de profesorul doctor Iacob Iacobovici. Cele două unități își desfășoară activitatea sub conducerea competentă și entuziastă a profesorului doctor Nicolae Minovici.

În anul 1950, Ministerul Sănătății a întocmit „Regulamentul de funcționare a stațiilor de salvare” în scopul extinderii activității de acest gen în întreaga țară, iar în anul 1968 s-a construit un sediu nou și modern al „Salvării”, care astăzi numără aproape 50 de medici și peste 100 de cadre cu pregătire medie și dispune de peste 400 de autosanitare. Privită comparativ, dinamica intervențiilor anuale se prezintă astfel: de la 1 000 de intervenții în anul 1906, numărul lor a crescut la 17 000 în anul 1940, pentru ca în anul 1979 să depășească 490 000.

De la 1 martie 1979 a luat ființă cîte o microstație de salvare în fiecare sector al Capitalei, iar pentru creșterea tehnicității intervenției la locul accidentului și pe timpul transportului s-a îmbunătățit continuu dotarea și funcționarea autosanitarelor antișoc, fiind dotată cu primele unități coronariene mobile pentru asistența cardiacilor.

Ținînd seama de necesitățile asistenței de urgență, eforturile celor ce muncesc în serviciile „Salvării” vor avea ca principal țel îmbunătățirea continuă a operativității și calității actului medical.

Dr. Marin DRĂGHICI

ÎN
ACTUALITATE

CHIRURGIA ROMÂNEASCĂ, AZI

Privită din afară, chirurgia pare că s-a depărtat de explicația ei din dicționar, și anume: lucru efectuat manual, fiind mai aproape azi de lucru tehnic, ingineresc, datorită aparaturii folosite. Ea acționează pe un câmp atât de larg încât, practic, toate celelalte specialități medicale beneficiază într-o formă sau alta de progresele ei. Dar, privită dinăuntrul ei, ce se poate spune despre chirurgia ca ramură a medicinei moderne? Cum își păstrează caracterul de sine stătător, independent și eficient? Ce rigori îndreaptă către chirurgie speranțele de însănătoșire și de viață ale unor largi categorii de bolnavi? Sub semnul acestor considerente am început discuția cu tovarășul prof. dr. doc. Dumitru BURLUI, președintele Societății de chirurgie din cadrul U.S.S.M.

— În momentul de față, chirurgia se bazează pe date exacte de anatomie, fiziologie și fiziopatologie, ceea ce a făcut ca în ultimii ani ea să devină o specialitate tehnică cu caracter funcțional, precizează profesorul. Asta înseamnă că printr-un minim de sacrificii de țesuturi și organe să se obțină maximum de funcționalitate. Un exemplu: în ulcerul gastric și duodenal de indicație chirurgicală s-a renunțat treptat la operațiile de exereză largă a stomacului, practicându-se operații conservatoare — în sens de conservare —, cum sînt vagotomiile asociate cu piloroplastii, intervenții care păstrează rezervorul gastric cu întreaga lui funcționalitate, vindecînd în același timp bolnavul de boala ulceroasă. Aceeași tendință conservatoare se observă și în chirurgia hepatică, în chirurgia intestinului subțire și chiar a intestinului gros, unde, operații ample, cu îndepărtări întinse de organe ce formau mîndria tehnică a chirurgilor în trecut, au fost înlocuite cu operații mai economice, cu aceleași rezultate anatomice, dar superioare din punct de vedere

funcțional. Funcționalitatea este un aspect nou în chirurgie, subliniat de mulți chirurgi români și străini la al XIV-lea Congres național de chirurgie care s-a ținut în mai 1979 la București.

— Tendința modernă a medicinei este profilaxia. Își poate apropia și chirurgia un asemenea principiu de acțiune?

— Deși pare mai greu de înțeles de către nespecialiști, profilaxia este al doilea aspect modern al chirurgiei de azi. Se realizează în prezent, cu mult succes, profilaxia complicațiilor unor boli de organe, care, neoperate la timp, pot agrava starea lor funcțională și organică ori compromite definitiv starea unor organe vecine sau la distanță. Așa, de pildă, o veziculă biliară cu calcul, neoperată la timp, poate evolua către complicații infecțioase, perforative și degenerative maligne sau poate îmbolnăvi calea biliară principală, împiedicînd scurgerea bilei către intestin, ori poate afecta pancreasul producînd o pancreatită acută sau cronică cu urmări foarte grave. Chirurgia veziculei biliare la momentul oportun realizează pe de o parte dezideratul curativ pentru litiaza veziculară și, în același timp, dezideratul profilactic prin punerea la adăpost de complicațiile amintite. Lucrul e valabil pentru toate afecțiunile de indicație chirurgicală. De reținut că și în chirurgia cancerului visceral o indicație operatorie pusă la timp pe baza unui diagnostic precoce realizează aceleași două obiective principale: îndepărtarea tumorii și punerea la adăpost de recidivele metastazice.

— Din acest tablou rezultă că chirurgul contemporan este un specialist foarte complex...

— El nu se mai poate baza doar pe simțul clinic și pe tehnica chirurgicală clasică. Chirurgul de azi trebuie să aibă o pregătire teoretică și practică deosebit de întinsă. Majoritatea serviciilor mari de chirurgie din

țară sînt înzestrate cu laboratoare și aparatură de investigație foarte complexe, pentru a se putea determina cu precizie nu numai diagnosticul, ci și parametrii biologici ai fiecărui bolnav în parte în vederea aprecierii riscului operator și a posibilităților de echilibrare intra și postoperatorii. Pe de altă parte, în prezent chirurgul nu mai poate lucra de unul singur, el trebuie să fie înconjurat de o serie de colaboratori specialiști în biochimie, radiologie, explorări funcționale, anestezie-reanimare cu care lucrează foarte strîns pe toată perioada șederii bolnavului în spital..

— Anul 1980 a marcat o premieră chirurgicală românească — transplantul renal. Ce alte tehnici noi s-au introdus în chirurgia noastră, ce procedee chirurgicale moderne au devenit operații de rutină?

— Spiritul de echipă și munca în comun a chirurgului cu specialiști din toate ramurile referitoare la biologia bolnavului au făcut posibilă introducerea în practică a unor tehnici chirurgicale, care fie că au abordat capitole noi de patologie, fie că au dus la ameliorarea morbidității și mortalității postoperatorii în raport cu procedeele clasice. Mă refer în primul rînd la realizarea cu succes a primelor transplantate renale din țara noastră în clinica de urologie de la Spitalul Fundeni de către echipa condusă de prof. dr. doc. Eugen Proca. Ea a urmat unor serioase pregătiri și mai ales cercetări preliminare cu caracter experimental în domeniile biochimiei și imunologiei transplantelor. În aceeași ordine de idei, înregistrăm noutăți și în alte unități sanitare. Astfel, în clinica de chirurgie a Spitalului „Cantacuzino” s-a dezvoltat în ultimii ani chirurgia funcțională a arborelui biliar și pancreatic prin introducerea unor metode noi de plastie cu ansă intestinală, precum și procedee originale de exereză pancreatică. În clinica chirurgicală a Spitalului „Caritas” au fost introduse în practică metode originale în chirurgia complicațiilor cirozei hepatice, chirurgia biliară și gastroduodenală. Aceste metode au fost recunoscute atît în țară cît și peste hotare, unele dintre ele figurînd în noile tratate chirurgicale apărute în Franța. Fără pretenția de a prezenta lista tuturor înnoirilor pe acest plan voi cita: abordarea cu succes a chirurgiei coronarelor și a valvelor pe cord deschis la clinica de specialitate Fundeni; chirurgia colonului și a glandelor suprarenale în continuă dezvoltare la Spitalul „Brîncovenesc”; metodele noi de investigare a aparatului urinar și de aplicare a chirurgiei plastice uretro-vezicale, cu bune rezultate funcționale, la clinica urologică de la Panduri; metode noi se aplică și în chirurgia de urgență traumatologică și abdominală la Spitalul clinic de urgență din Capitală. Și în alte centre universitare chirurgia ține pasul cu noul: la Timișoara

în domeniul arterial și venos; în chirurgia stomacului și a pancreasului la Tg. Mureș; la Cluj-Napoca și Iași se înregistrează succese în chirurgia intestinului subțire și gros. Procedee originale, a căror listă completă ar ocupa prea mult spațiu, sînt aplicate și în centre chirurgicale neuniversitare. Menționez Spitalul C.F.R. din București pentru tehnicile în domeniul flebologiei; Focșani pentru chirurgia arteritelor de supraîncărcare; Galați pentru chirurgia biliară; Constanța pentru chirurgia de urgență. Și exemplele pot continua.

— Cum se implică chirurgia românească în circuitul mondial de valori aparținînd acestei ramuri a medicinei?

— Societatea noastră de chirurgie este afiliată Societății internaționale de chirurgie cu sediul în Elveția și avem un reprezentant național în comitetul permanent al acesteia. Numeroși chirurghi români fac parte și din alte societăți, cum sînt Societatea internațională de gastroenterologie și Societatea internațională de chirurgie cardiovasculară sau sînt membri corespondenți ai unor societăți de profil din țări ca Franța, Anglia, America, Grecia și altele. Aceasta dă posibilitatea ca, periodic, cu ocazia congreselor, participarea chirurgilor români să fie activă prin prezentarea de comunicări științifice care aduc la cunoștință pe plan mondial realizările chirurgiei românești. Prin același circuit luăm act de progresele înregistrate în lume.

Pentru anul 1981 sînt prevăzute manifestări științifice internaționale la care vor participa cu siguranță și chirurghi din țara noastră. Am în vedere congresele Societății internaționale de chirurgie ce va avea loc la Varșovia, al Societății de chirurgie cardiovasculară de la Lyon, al Societății internaționale de flebologie ce va avea loc în Mexic și altele.

— Ce se poate spera de la chirurgia viitorului?

— Pentru viitor și nu cel îndepărtat, avem ca sarcină principală dezvoltarea aspectelor funcționale ale artei chirurgicale, încît să se poată restitui cît mai multor bolnavi capacitatea de muncă aproape de normal. În acest scop, Societății de chirurgie îi revine sarcina ca prin formele sale organizatorice — ședințele secțiilor, simpozioane, conferințe și congrese — să facă cunoscute confrăților cele mai noi și eficiente metode de terapeutică chirurgicală, pentru a putea fi deplasate ca aplicabilitate din centrele universitare sau spitalele unde au fost inițiate și în alte unități, conferindu-le astfel caracterul de generalizare.

Marieta VIDRAȘCU

ORIENTĂRI PROFILACTICE ÎN HEMATOLOGIA TRANSFUZIONALĂ



Pentru a defini mai bine domeniul hematologiei transfuzionale este util să amintim că această specialitate medicală se practică la centrele de recoltare și conservare de sînge județene, la punctele de recoltare de sînge și la punctele de transfuzie organizate în spitale și policlinici. Obiectivul acestui domeniu este recoltarea singelui de la donatori sănătoși, conservarea sau prelucrarea și administrarea lui la bolnavi fie prin transfuzii, fie sub formă de medicamente preparate din sînge. Desigur că o astfel de definiție este foarte generală, nu poate cuprinde tot complexul de acțiuni de control (clinic și de laborator), efectuat în scopul verificării stării de sănătate a donatorilor, și nu cuprinde nici numeroasele tehnici de laborator care se folosesc în activitatea de control al calității singelui, în metodologia conservării și transfuziei sau a preparării produselor derivate din sînge.

Deci hematologia transfuzională se definește ca specialitate medicală cu profil de laborator, deosebită de hematologia clinică, care se practică în spitale de către medici interniști specializați în diagnosticul și tratamentul bolilor de sînge. Între aceste două ramuri ale hematologiei există o zonă de contact în care se află așa-numita hematologie de laborator.

Tehnici de verificare a singelui — morfologică, biochimică și serologică — sînt necesare atît în activitatea hematologiei transfuzionale, cît și în cea a hematologiei clinice. Nu se poate concepe un bun clinician în domeniul bolilor de sînge care să nu știe să execute analize diagnostice, hematologice, după cum nu se poate concepe un bun hematolog transfuzionist care să nu cunoască simptomatologia bolilor de sînge. Aceste cerințe sînt necesare pentru a verifica starea de sănătate a donatorilor și calitatea singelui conservat. De aici decurge și principala acțiune profilactică pe care o realizează medicii din rețeaua de transfuzie prin controlul stării de sănătate a celor peste 600 000 de persoane care se prezintă anual pentru donări de sînge. Multe afecțiuni, nemanifeste pînă atunci, cum sînt hipertensiunea arterială, tuberculoza, cancerul pulmonar, insuficiența cardiacă, diabetul zaharat, anemia, hepatita,

sifilisul, malaria, au fost depistate cu ocazia prezentării pentru donare.

Faptul că înainte de donare se măsoară tensiunea arterială, se discută cu viitorul donator asupra antecedentelor patologice sau a unor simptome subiective, se fac controale radiologice pulmonare și unele analize ale singelui (dozare de Hb, VDRL, probe hepatice, antigen HBs Australia), creează posibilitatea depistării unor afecțiuni pe care acesta nu le cunoștea pînă atunci, conferă controlului stării de sănătate efectuat cu acest prilej o mare importanță profilactică și permite recomandarea unor măsuri terapeutice în timp util. Nu de puține ori însă o simplă privire a flaconului de sînge după recoltare și după conservarea lui timp de 24 de ore la frigider permite orientarea către o boală metabolică sau o boală de sînge, fapt ce impune bineînțeles cercetări suplimentare și precizarea diagnosticului.

În activitatea centrelor de recoltare și conservare a singelui un loc important îl ocupă și măsurile profilactice menite să contribuie la evitarea accidentelor de incompatibilitate transfuzională. Este bine cunoscut faptul că singele nu se poate transfuza fără o anumită corespondență între grupele sanguine OAB și Rh ale donatorului și grupa sanguină a bolnavului. Știința care lămurește compatibilitatea sau incompatibilitatea grupelor sanguine se numește imunohematologie transfuzională. Există numeroase varietăți de seruri hemotest pe baza cărora se stabilește apartenența de grup și subgrup în sistemul major de compatibilitate, denumit sistemul OAB, în sistemul Rhesus și în alte cîteva sisteme complementare.

Nu toate sistemele grupale eritrocitare au o importanță egală. De exemplu, pentru transfuzia sanguină interesează în mod special sistemul OAB și factorul D din sistemul Rhesus; pentru urmărirea izoimunizării gravidelor și prevenirea bolii hemolitice a nou-născutului interesează sistemul Rhesus cu 5 dintre factorii antigenici ai acestui sistem, denumiți cu literele: D, C, E, c și e; pentru cercetări de paternitate sau cercetări medico-judiciare—criminalistice se folosesc și alte sisteme antigenice, cum sînt: MN, Ss, Kell, Duffy.

În preocupările profilactice ale hematologiei transfuzionale intră deci un complex de măsuri care să ducă la organizarea practicii transfuziilor de sînge numai după o stabilire corectă a compatibilității transfuzionale. În acest complex intră cursul de pregătire profesională în domeniul serologiei sanguine pentru personalul sanitar de la punctele de transfuzie, prepararea de seruri hemotest, înscrierea grupei sanguine OAB pe buletinul de identitate, prepararea de papaină cisteinată pentru evidențierea reacțiilor serologice de incompatibilitate prea slabe a se citi cu ochiul liber, redactarea unor regulamente, instrucțiuni și manuale. Pe această bază științifică se fac instrucțiunile periodice pentru compatibilitate transfuzională și acțiunile de îndrumare și control care verifică pe tot teritoriul țării modul de respectare a instrucțiunilor privind practicarea transfuziilor în condiții de siguranță.

În ultimii 10 ani s-au pus la punct și se aplică reacții serologice de imunodifuzie și imunoelectroforeză la toate donările de sînge pentru detectarea antigenului HBs al hepatitei virale de tip B. Mulți donatori de sînge aparent sănătoși, găsiți purtători de antigen HBs ceea ce creează implicit posibilitatea de a transmite prin sîngele lor acest tip de hepatită virală, sînt eliminați definitiv de la donare și orientați cum să respecte anumite norme de igienă pentru a evita eventualitatea transmiterii antigenului — poate chiar a hepatitei sub formă de boală — la membrii familiei lor. Printre sfaturile ce li se dau este și folosirea strict individuală a periutelelor de dinți, care ar putea să fie o modalitate de transmitere a singelui infectat la alt membru al familiei.

Dintre preocupările științifice ale Centrului de hematologie din București menite să aducă o contribuție importantă la profilaxia virală transfuzională menționăm cercetările privind prepararea unui reactiv de hemaglutinare pasivă mai sensibil decît reactivul de imunodifuzie amintit anterior și intrarea în producție a unui reactiv nespecific pentru determinarea la aproximativ 600 000 de donatori de sînge pe an a transaminazei glutamico-oxalacetice GOT, care poate ajuta la eliminarea unui număr suplimentar de donatori suspecți de a putea transmite hepatita.

O altă preocupare importantă o constituie profilaxia bolii hemolitice a nou-născutului, afecțiune care se manifestă în cursul ultimelor luni de sarcină provocînd avorturi sau manifestată imediat după naștere printr-un icter intens și grav. În această privință, în ultimii 30 de ani, prin contribuția adusă de rețeaua de transfuzie s-a înregistrat de mult timp o scădere importantă a mortalității infantile, prin punerea la punct a tehnicii exsanghino-transfuziei la nou-născutul cu boală hemolitică fiind salvate multe vieți, iar prin instituirea controlului serologic obligatoriu al gravidelor cu sarcini incompatibile s-a completat eficiența profilaxiei în acest domeniu.

Ce trebuie știut în această privință? Dacă există o nepotrivire antigenică între soț și soție, cum ar fi în sistemul OAB (soțul de grupa A, B sau AB, iar soția de grup O) și o nepotrivire în sistemul Rh (soțul cu Rh pozitiv, iar soția cu Rh negativ) există posibilitatea ca în cursul sarcinii gravida să facă anticorpi împotriva propriului său copil. Acești anticorpi se caută și se urmăresc de la prima pînă la ultima lună de sarcină; dacă se constată absența lor, înseamnă că sarcina se dezvoltă normal, fără pericol; dacă apar anticorpi de tip imun (în sistemul OAB sau în sistemul Rh anti-D) sarcina este periclitată. Gradul pericolului se apreciază după trei elemente: sarcini anterioare, titrul de anticorpi, dinamica lor în cursul sarcinii.

În cazul unei prime sarcini pericolul este mult mai mic; la a doua și a treia sarcină sau dacă sarcina a fost precedată de cîteva avorturi, pericolul este sensibil mai mare, anticorpii anti-D fiind mai agresivi decît anticorpii din sistemul OAB.

Al doilea element de apreciere a pericolozității îl constituie creșterea titrului anticorpilor din luna a V-a spre luna a VIII-a de sarcină; cînd titrul anticorpilor rămîne neschimbat din luna a V-a pînă în luna a VIII-a față de ceea ce s-a găsit în luna a II-a sau a III-a, sînt șanse ca boala hemolitică să fie ușoară sau să nu apară. Modalitatea de apreciere a acestei șanse este dificilă și se bazează pe testări serologice privind caracterul hemozigot sau heterozigot pe care îl poate avea soțul pentru antigenul care a provocat imunizarea soției.

Demn de reținut este că controlul serologic al gravidelor cu posibilitate de imunizare, acțiune de mare amploare, efectuată în întreaga țară la zeci de mii de femei, are o mare valoare profilactică. Pe baza acestui control se pot stabili gravidele ce trebuie să nască în maternitățile unde se practică exsanghino-transfuzia, precum și gravidele care pot duce sarcina la termen fără riscuri și fără măsuri speciale de supraveghere.

În contextul acestor măsuri profilactice amintim că de aproximativ 10 ani se practică o măsură specială în beneficiul femeilor cu Rh negativ al căror soți au Rh pozitiv, cu ocazia nașterii unui copil Rh pozitiv: în primele ore după naștere mama primește o injecție intramusculară de imunoglobulină specifică anti-D, realizată de Centrul de hematologie și cu care sînt dotate toate maternitățile din țara noastră, care împiedică imunizarea anti-D și face posibilă ducerea unei noi sarcini la termen, în condiții de securitate.

De cînd se realizează în țara noastră profilaxia izoimunizării gravidelor cu imunoglobuline specifice anti-D, numărul cazurilor de boală hemolitică a nou-născutului în sistemul Rhesus a scăzut foarte mult.

Un rol profilactic împotriva unor boli infecțioase (variolă, tetanos, rujeolă) au și imunoglobulinele specifice, preparate concentrate de

anticorpi de origine umană, realizate la Centrul de hematologie, cu rol protector, care atenuează simptomele bolii respective sau îi împiedică total apariția.

Un capitol aparte din activitatea de hematologie transfuzională îl reprezintă profilaxia accidentelor hemoragice la bolnavii hemofilici. După cum se știe, hemofilia se manifestă la persoanele de sex masculin și se transmite prin femei aparent sănătoase, născute din tată hemofilic, iar boala se manifestă prin sîngerări prelungite la cea mai mică leziune, pentru că îi lipsește unul din factorii plasmatici ai coagulării (factorul VIII cel mai frecvent în hemofilia de tip A, sau, mai rar, factorul IX, în cazul hemofiliei de tip B). Intervențiile chirurgicale sau numai o simplă extracție dentară pot provoca sîngerări foarte grave, care să amenințe chiar viața hemofilicului. Singura modalitate eficientă de oprire a sîngelui — accidentale sau spontane — la hemofilici este administrarea intravenoasă a factorului ce lipsește.

Centrul de hematologie a pus la punct tehnica de preparare a crio-precipitatului de globulină anti-hemofilică (factor VIII). Realizat în prezent în principalele centre județene de recoltare și conservare a sîngelui din țară, conservat în stare congelată și injectat intravenos, după decongelare, crio-precipitatul dă rezultate terapeutice excelente, sub protecția sa hemofilicii suportînd orice intervenție chirurgicală fără sîngerări. În ultimii ani, de cînd se produce acest preparat cu acțiune protectoare, hemofilicii pot fi supuși unor intervenții chirurgicale în țară, fără să mai fie necesară trimiterea lor la centre specializate de peste hotare.

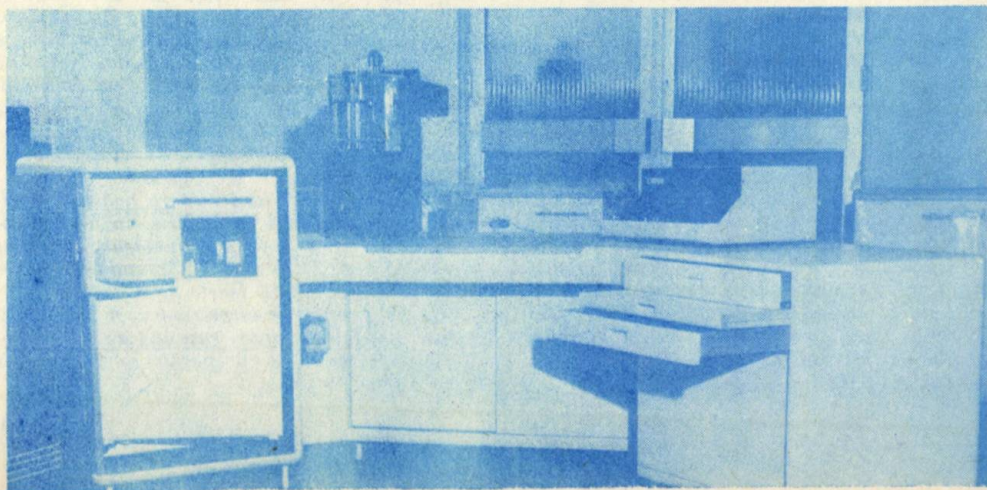
Consemnînd cîteva dintre numeroasele acțiuni profilactice eficiente aplicate în hematologia transfuzională, considerăm că am conturat orientarea profilactică și în acest domeniu, orientare ce reprezintă unul dintre principiile de bază ale ocrotirii sănătății în România socialistă.

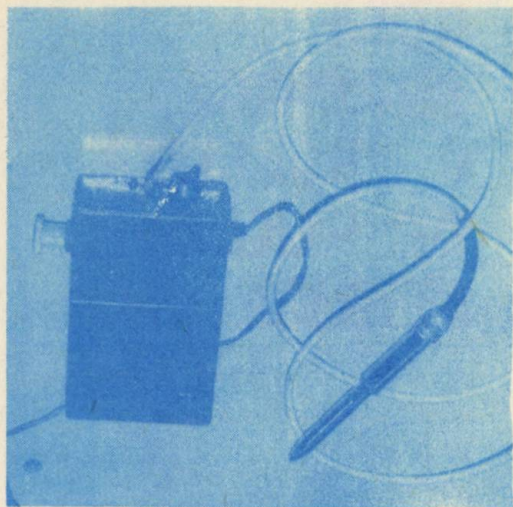
Dr. doc. Vlad APĂTEANU
directorul
Centrului de hematologie — București

APARATURĂ MEDICALĂ COMPETITIVĂ

Puternic stimulată de legislația în vigoare, creația tehnică originală cu aplicabilitate în medicină s-a concretizat în ultimii ani prin apariția și valorificarea unui important fond de brevete de invenții, a numeroase inovații. Astfel, numai în ultimele luni, în portofoliul Stației de verificare și întreținere a aparaturii medicale existau 345 de invenții și aproape 100 de inovații, iar 197 se aflau în curs de investigare, numărul lor crescînd paralel cu cel al noilor creații originale asimilate, ai căror autori sînt medici din diferite localități ale țării.

De exemplu, medicul psihiatru Virgil Enătescu, de la Spitalul județean din Satu Mare, a realizat un echipament pentru analiza automată a modelelor de comunicare extraverbală (mers, scris, gestică, desen) în scopul obiectivării obținerii datelor, al stabilirii diagnosticului neurologic și psihiatric, al testării psihologice și examinării profilactice, al urmăririi recuperării neuromotorii și de fonatie a bolnavilor, al supravegherii dezvoltării neuropsihice la copii și al facilitării unor noi posibilități de legătură între om și calculator. Echipamentul traduce în mărimi electrice parametri fizici ce definesc aceste modele de comunicare, măsuri ce sînt convertite și prelucrate de un calculator care





Doă realizări de prestigiu: audiopragest (stinga) și implantele dentare (dreapta). Ultimele au dat rezultate pozitive în 94 la sută din cazuri.

eliberează buletine ce reflectă modelul comunicării. Deocamdată s-au realizat prototipurile pentru prelucrarea mersului și scrisului, iar finalizarea integrală a echipamentului este preconizată pentru anul 1983.

Un analizor pentru cuantificarea reacțiilor de fixare a complementului (substanță de natură proteică nespecifică, prezentă în serul normal, care se fixează pe complexe antigen-anticorp), destinat laboratoarelor de analize din spitale și dispensare a fost realizat de dr. Gheorghe Gancevici de la Institutul „Dr. I. Cantacuzino” din București. Analizorul este util în investigații parazitologice, bacteriologice și virusologice, în boli autoimune.

Controlul chimic și biologic al mediului înconjurător și îndeosebi al microclimatului de la locul de muncă se poate realiza automat cu ajutorul noii instalații de ultramicroanaliză de serie mare, concepută de dr. Oswald Hörer de la Institutul de virusologie „Ștefan S. Nicolau”. Efectuând controlul pe probe uscate impregnate pe rondelă, instalația, ale cărei prime modele se realizează anul acesta, va intra în dotarea laboratoarelor de analize chimice, biochimice, imunologice și serologice ale unităților sanitare.

O noutate în domeniul chirurgiei recuperatorii o prezintă metoda aplicată de dr. Constantin Zgarbură de la Spitalul județean Brașov, cu ajutorul aparatului miniaturizat de stimulare electrică în sudarea oaselor fracturate, realizat împreună cu ing. Virgiliu Bărbulescu de la Institutul de cercetări electrotehnice. Prin aplicarea noii metode se reduce cu aproximativ o treime timpul de spitalizare în fracturile supurate și se facilitează formarea electrocalusului.

Deosebit de utilă s-a dovedit în reducerea ortopedică a fracturilor diafizare ale picioarelor aparatul conceput de dr. Andrei Firiță, directorul Spitalului clinic de urgență al municipiului București, și ing. Alexandru Manof de la Întreprinderea de industrializarea tehnicii medicale. Cu acțiune în mai multe planuri și eliminarea pericolului de oprire a circulației de întoarcere a segmentului distal al membrului inferior, aparatul permite fixarea segmentelor osoase în plan vertical și urmărirea radiografică repetată a evoluției focarului de fractură, părțile sale componente fiind confecționate din materiale permeabile la radiografia cu raze X.

Testarea rapidă a dinamicii pragului auditiv, comparativ cu un prag anterior determinat și cu verificarea friabilității răspunsului dat de pacient, acțiune utilă în profilaxia surdității cauzată de poluarea fonică la locul de muncă și în selectarea celor periclitati se poate efectua rapid cu „Audiopragest”, aparat conceput de prof. dr. Dorin Hociotă, prof. dr. ing. Vasile Cătuneanu, inginerii Eugeniu Alexandrescu și Mihai Brinzaru, matematicianul Emil Motaș. Primele 25 de aparate realizate în 1980 au fost omologate.

A depista tulburările funcționale ale picioarelor și a stabili și cauzele care le produc, înainte de apariția unor deformări, constituie o realizare ce deschide noi posibilități de tratare din faze incipiente a bolilor reumatismale și neurologice. Măsurând simultan presiunile exercitate de suprafața plantară a picioarelor, înregistrându-le și afișându-le, baropodograful, instalație creată de dr. Ion Stroescu de la Centrul metodologic de reumatologie și ing. Ion Făcăușaru, permite cunoașterea cauzelor care pot produce deformările

înainte de apariția lor și aplicarea măsurilor profilactice necesare.

În scopul efectuării ventilației pulmonare artificiale și a controlului automat al respirației artificiale, în sălile de operații și în secțiile de reanimare, ing. Ion Dumitrache, de la Institutul politehnic din București, a conceput un aparat care permite trecerea automată de la regimul de funcționare tip „controler“, la cel de „asistor“ și invers. Noul aparat, care va fi realizat la Întreprinderea de aparatură și utilaj pentru cercetare din Capitală, poate fi adaptat pentru pacienți de toate vîrstele, poate fi folosit și la anestezie.

Utilizate din ce în ce mai larg în stomatologie, în scopul rezolvării unor diverse forme de edentații — frontale, terminale sau mixte —, implantele dentare sînt asigurate în prezent din import. Prin realizarea unor implantate endoosoase din cromnichel și a instrumentarului necesar care permite introducerea lor în osul alveolar și acoperirea cu lucrări dentare, doctorul Ovidiu Mărgineanu de la Spitalul clinic „Grivița“ din Capitală își aduce o contribuție importantă la dezvoltarea protetice.

Știință milenară, ale cărei principii sînt reevaluate și utilizate din ce în ce mai larg în numeroase țări, cronobiologia a sugerat psihologului Iancu Scutășu Comăneanu din București realizarea unui dispozitiv pe care l-a denumit „Biocron“. Dispozitivul măsoară timpul fizic reflectat și acumulat în organism, care a devenit biofizic, în funcție de fusul orar și data nașterii subiectului, pentru a prognoza perioadele favorabile intensificării activității și creativității într-o etapă anumită. Larga aplicabilitate a Biocronului în diferite domenii de activitate, confruntată cu prilejul experimentărilor, îi conferă valoare și perspective.

Enumerarea și prezentarea noilor creații care și-au confirmat autenticitatea și aplicabilitatea ar putea fi continuate. Considerăm însă că abordarea numai a 10 mărturii ale inteligenței românești, de o mare eficiență în diferite domenii ale medicinei, demonstrează diversitatea problematicei rezolvate și deosebita contribuție pe care autorii — medici, ingineri specialiști în mecanică fină și în tehnica de calcul, electroniști și matematicieni — și-o aduc la crearea unei aparaturi la nivelul tehnicii contemporane necesare ocrotirii sănătății.

Nicolae TURTURESCU

GUȘA ENDEMICĂ, O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Deși a trecut mai mult de o jumătate de secol de la prima acțiune de combatere a distrofiei carențiale, gușa mai constituie încă o problemă de sănătate publică mondială. Este suficient să arătăm că, după o estimare recentă a Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), există cel puțin 400 de milioane de bolnavi, cu cea mai mare frecvență în țările în curs de dezvoltare. De fapt nu se cunosc într-o măsură corespunzătoare, în majoritatea regiunilor afectate, frecvența, formele clinice și distribuția teritorială. Este caracteristic din acest punct de vedere procentul de 40 la sută din populația planetei suferind de gușă sporadică și endemică, cu un cîmp de variație de la 4 la sută în S.U.A. la 85 la sută sau chiar mai mult în ariile geografice în care endemia n-a fost combătută, ceea ce ni se pare totuși excesiv.

Și este explicabil de ce, în anul 1978, Organizația Mondială a Sănătății a lansat o acțiune pe plan mondial pentru evaluarea frecvenței gușei, pe baza unui formular standard prin care se înregistrează hipertrofia tiroidei și dimensiunile ei.

Această frecvență surprinzătoare este datorată apariției gușei la populațiile care locuiesc în zonele submuntoase ale pămîntului, fără excluderea unor zone de cîmp și chiar a litoralelor maritime.

Distrofia are o distribuție extrem de variabilă de la o regiune și localitate la alta, o răspîndire în masă sau în focare și o afectare inegală chiar între membrii aceleiași familii.

Această variabilitate extremă a tuturor parametrilor ce o caracterizează nu este suficient lămurită, deși au fost investigate numeroase zone endemice și întreprinse cercetări clinice și experimentale. Se admite de majoritatea autorilor că factorul principal care provoacă apariția gușei endemice este lipsa iodului în rația zilnică de cel puțin 100—150 gamma, iod ce trebuie introdus în organism în primul rînd prin alimentație. S-a constatat că în zonele endemice există o cantitate insuficientă de iod în sol, apă și aer, urmată inevitabil de carența sa în vegetație și faună. Cercetările noastre au arătat, de asemenea,

existența acestei insuficiențe a iodului în zonele endemice din țara noastră, evidențiată prin scăderea lui în apa potabilă, lapte, carne, legume, nutreț ș.a.

Cantitatea insuficientă de iod introdusă în organism nu poate asigura sinteza hormonilor iodați în tiroidă. Se tulbură în consecință mecanismul regulat care regizează sinteza hormonilor tiroidieni, așa cum o arată sinteza crescută de hormon tireotrop în hipofiza anterioară, care, la rândul ei, determină creșterea de volum adaptativă a tiroidei. Gușa endemică are deci un mecanism de apariție mai complex decât ar părea la prima abordare.

Carența iodului în mediul geografic nu este singura cale posibilă, pentru că pot interveni substanțe ce blochează intrarea iodului în tiroidă, deși a fost introdus într-o cantitate suficientă în organism. Acest blocaj se datorește substanțelor denumite gusogene, al căror număr și structură chimică nu sînt încă suficient cunoscute. Asemenea substanțe se găsesc și în unele alimente uzuale ca varza, conopida, napii ș.a. Bineînțeles că aceste alimente pot interveni în apariția gușei numai dacă sînt consumate în cantități excesive.

Problema devine și mai complicată dacă ținem seama de faptul că, pătruns în organism, iodul intră într-un circuit metabolic care începe cu absorbția în intestin, captarea de către tiroidă în cea mai mare parte și, în final, eliminarea pe numeroase căi, printre care rinichiul ocupă primul loc. S-a susținut, în consecință, că o insuficiență a iodului poate fi provocată prin malabsorbție intestinală sau prin eliminarea lui excesivă prin urină. Aceste două mecanisme sînt și ele insuficient precizate.

Este evident deci că în apariția gușei endemice și în evoluția procesului gusogen trebuie să admitem o intervenție plurifactorială, așa cum s-a arătat și în raportul prezentat la conferința internațională a gușei endemice organizată de O.M.S. în anul 1952, propunându-se nu mai puțin de 10 domenii de investigare referitoare la cauzele, mecanismul de apariție, formele clinice și tratamentul curativ-profilactic. Dar dacă gușa endemică constituie o problemă mondială de sănătate, ea este și una națională, pentru că în țara noastră, datorită reliefului muntos carpatic, endemia a avut pînă în deceniul al cincilea o mare frecvență. S-a aproximat în acea perioadă la cel puțin un milion de purtători de gușă la populația din zonele submuntoase și unele focare paraendemice dispersate pe valea unor riuri și în Cîmpia Dunării.

În anul 1949, Ministerul Sănătății a inițiat o susținută acțiune de combatere a endemiei cu ajutorul Institutului de endocrinologie din București. Am deținut din acea perioadă responsabilitatea conducerii științifice a combaterii endemiei. A fost elaborată, în consecință, baza teoretică a combaterii care a integrat hipertrofia tiroidiană într-o distrofie

complexă, ce afectează în grade diferite restul organismului. A fost realizat un model operațional bazat pe specificul teritorial și conducerea acțiunii de către un endocrinolog specializat. S-a asigurat astfel descentralizarea acțiunii și competența necesară care trebuia să fie în același timp preventivă și curativă. S-a folosit un complex de mijloace: sarea iodată, tableta iodată, propaganda sanitară și mobilizarea întregii rețele sanitare în acțiunea de combatere.

După două decenii de combatere au dispărut formele grave de cretinism și s-a redus gușa oligosimptomatică de la procentul maxim de 85—90 la sută la 10—15 la sută. Au rămas totuși unele focare rezistente și procentul citat, care reprezintă ceea ce se poate numi gușa reziduală sau restantă după combatere.

Dar în țara noastră se desfășoară din 1978 o vastă acțiune de reevaluare a frecvenței gușei simple care va include și forma reziduală.

Fiind o boală carențială geografică, gușa endemică necesită o adîncire a studiului cauzelor și mecanismelor de apariție prin investigarea hormonilor tiroidieni, a compușilor iodați, a dereglărilor hipotalamo-hipofizare și a receptorilor periferici. De asemenea, necesită și o profilaxie permanentă.

Justificarea acestor cercetări complexe este impusă și de afectarea la purtătorii de gușă a troficității generale, a capacității de apărare în bolile infecțioase și degenerative, a inflamățiilor și cancerului tiroidian. Trebuie subliniată, de asemenea, afectarea neuro-psihică în formele severe embrio-fetale.

Abordarea pe plan mondial a acțiunii de combatere a gușei endemice face posibilă eradicarea endemiei așa cum a fost realizată pentru alte boli endemice. Această posibilitate este motivată de cunoașterea mijloacelor și a modelului operațional.

Eradicarea sau cel puțin reducerea gușei endemice la nivelul gușei sporadice constituie o contribuție fundamentală în serviciul sănătății populațiilor umane.

Acad. Ștefan MILCU

ȘARJE CONTINUE ÎN INDUSTRIA MEDICAMENTULUI

Nimic altceva decât o constatare: Brevetul nr. 6 254 din 10 aprilie 1922, „Pancreina și procedeul fabricației sale”, al profesorului Nicolae Paulescu, nu a putut fi realizat cu posibilitățile materiale și tehnice existente în acel timp la București. Un an mai târziu, independent de Paulescu, Banting și Best des-

coperă insulșina și, dispunând de condiții tehnice avantajoase, o prepară și o oferă în proporții industriale pe piața medicamentului. Prioritatea a fost pierdută, iar autorul român contestat. Ce destin ar fi avut medicina și medicamentul românesc dacă în urmă cu o jumătate de secol ar fi fost susținute de un germen de industrie farmaceutică?

Cum se realizau în acei ani medicamentele? Cum se procurau? De când se poate vorbi de o industrie națională de medicamente? Iată întrebări la care răspunsurile sînt de o simplitate dezarmantă: medicamentele, în totalitate, se importau, iar o industrie adevărată de profil n-a existat în pofida faptului că încă din anul 1902 mari personalități ale științei românești înaintau memorii peste memorii pentru monopolizarea farmaciilor și a laboratoarelor farmaceutice și realizarea unei producții naționale de medicamente. Ultimul dintre aceste memorii îi aparține prof. Gh. Pamfil, înaintat în 1935 Senatului și reluat în 1938 într-o expunere în cadrul Societății de științe farmaceutice, propunând înființarea „Regiei de stat a medicamentului”.

Bazele acesteia au fost puse însă abia în ianuarie 1952 cînd au început să se bată pilonii întreprinderii de antibiotice din Iași, iar la 20 decembrie 1955 s-a realizat prima șarjă de penicilină românească.

Fabricăm în prezent peste 1 200 de medicamente și peste 1 000 de produse cosmetice și de parfumerie; 95 la sută din necesarul intern de medicamente este asigurat de industria noastră, creîndu-se totodată și posibilitatea exportului în 60 de țări; pe toate continentele produsele noastre farmaceutice sînt solicitate cu insistență de beneficiarii externi. Ceea ce, evident, pledează pentru recunoașterea oficială a inventivității și capacității tehnice a industriei de medicamente, pentru profesionalismul celor ce lucrează în această ramură a economiei naționale.

Răspunsul îl dă și participarea la Expoziția internațională „Sănătatea '80”, organizată la Moscova, la care au fost invitate cele mai mari firme producătoare de medicamente din lume. Un răspuns elocvent, intrucît, într-o companie de elită, industria românească, reprezentată de Centrula industrială de medicamente, cosmetice, coloranți și lacuri, a fost distinsă cu Diploma de onoare.

În vîrșinele pavilionului românesc s-au aflat produse originale, binecunoscute în țară și peste hotare, ca Gerovital H3, Aslavital, Boicil forte, Ulcosilvanil, Covalitin, Tropofar, precum și o serie de produse mai recente, cu înaltă eficiență terapeutică, ca Torecan, Tasegyl, Clorpropamid, Clofenat, Ascolecitin, Xantinol nicotinat...

Medicamentul românesc în viitor? Indicatorii evoluției sînt conținuți în documentele Congresului al XII-lea al partidului: în următorii cinci ani industria de medicamente va obține

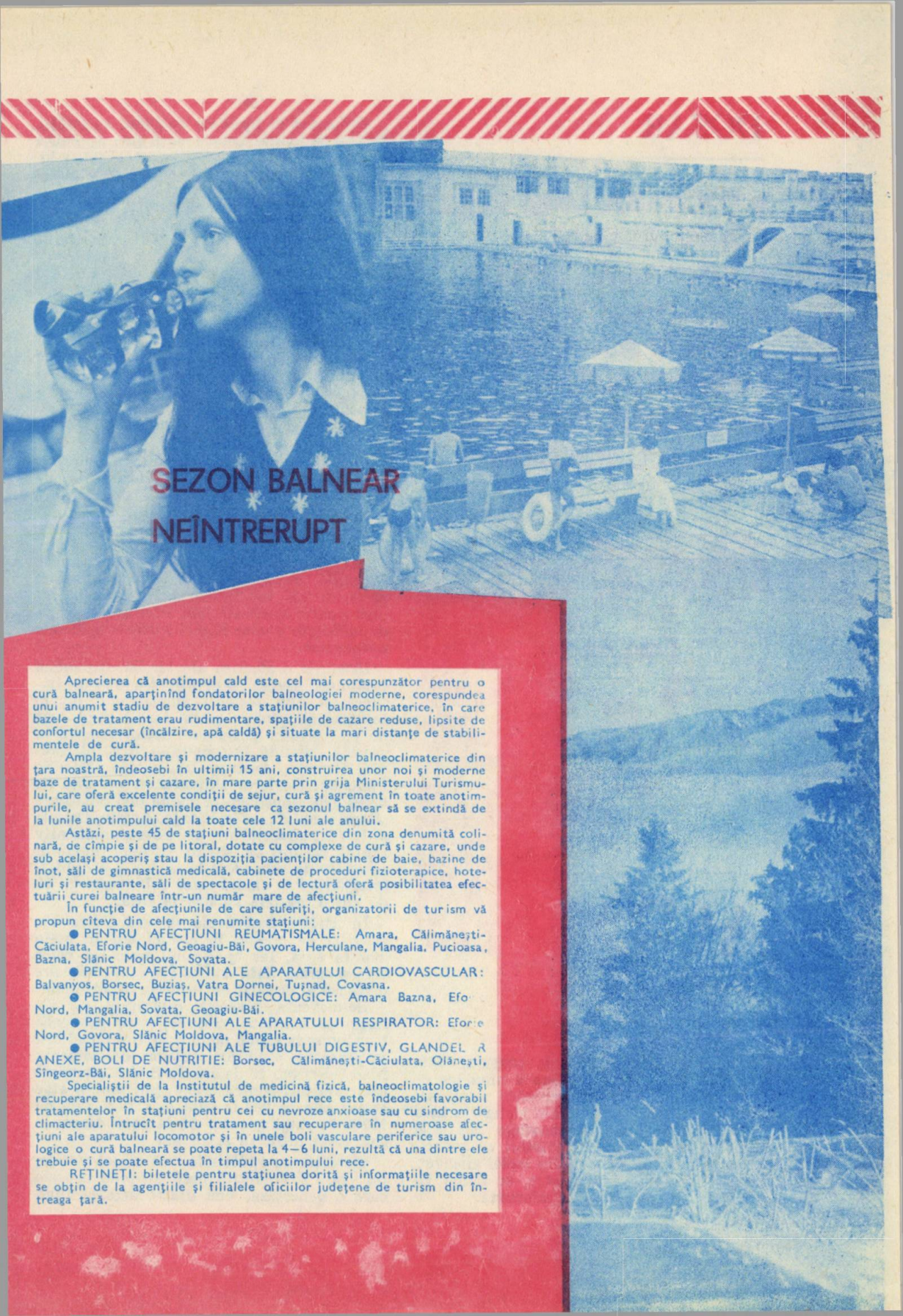
o creștere de 209,5 la sută. Practic, își va dubla producția, ceea ce este impresionant în condițiile în care aceasta a mai cunoscut în cursul ultimilor cinci ani un indice de dezvoltare de 192,5 la sută.

În dorința de a afla ce vor însuma concret aceste dezvoltări, ne adresăm directorului general al Centralei de medicamente, cosmetice, coloranți și lacuri, ing. **Mihai Gheorghiu:**

„Pornim de la adevărul că industria românească de medicamente este cunoscută pe piața internațională. Ea s-a făcut remarcată printr-un produs de excepție, Gerovitalul, dar și printr-o gamă largă de produse farmaceutice realizate prin import de licență. Șansa dezvoltării stă însă în urmarea primei direcții de acțiune. Piața de medicamente este extrem de dificilă și nu poate fi cucerită prin asimilarea și livrarea unor produse executate de alte firme. Ceea ce înseamnă că nu trebuie să ne oprim la Gerovital, Boicil și Covalitin. Dealtfel, amintesc că ambasadorii medicamentului românesc pot fi astăzi și produși ca: Tropofar (autor Magdalena Timar), hepatoprotector, foarte eficient în ciroze; Metaspar (autori Octavian Fodor și Iosif Szantay), un eficient hepatotrofic; Ulco-cetamid (autor Dumitru Dobrescu) și Ulcosilvanil (autor Ion Pușcas) pentru tratarea ulcerului gastro-duodenal; Dixidextracaina (autor Constantin Furnică), necesară efectuării rahianesteziei; Stilbostat (creație a unui colectiv condus de acad. Eugen Găvdănescu în colaborare cu acad. Ștefan Milcu), citostatic cu excelente rezultate în cancerul de prostată. Toate acestea, și multe altele ce vin să li se adauge în 1981 au deosebite proprietăți terapeutice, fiind superioare celor fabricate în Europa sau America. Șansele lor sînt însă direct proporționale cu procentul de utilizare pe plan intern”.

Pentru anul 1981 obiectivele industriei de medicamente sînt astfel deosebit de ambițioase: impunerea medicamentului românesc pe noi piețe, valorificarea în mai mare măsură a resurselor interne și a florei spontane, introducerea în fabricație a noi preparate. Printre acestea menționăm: Tricomicon — comprimate capsulate —, superior Flagylului; Catein — indicat în terapia și profilaxia tratamentelor de șoc și în profilaxia unor complicații postoperatorii sau posttraumatice; Gerovital — vaginal, cu o biodisponibilitate și o absorbție superioare. Va fi, de asemenea, extinsă gama de produse de perfuzie și se vor realiza cîteva produse în cooperare cu firme străine printre care Mezase și un derivat de Rifampicină de concepție românească.

Cristian IONESCU



SEZON BALNEAR NEÎNTRERUPT

Aprecierea că anotimpul cald este cel mai corespunzător pentru o cură balneară, aparținând fondatorilor balneologiei moderne, corespundea unui anumit stadiu de dezvoltare a stațiunilor balneoclimaterice, în care bazele de tratament erau rudimentare, spațiile de cazare reduse, lipsite de confortul necesar (încălzire, apă caldă) și situate la mari distanțe de stabilimentele de cură.

Ampla dezvoltare și modernizare a stațiunilor balneoclimaterice din țara noastră, îndeosebi în ultimii 15 ani, construirea unor noi și moderne baze de tratament și cazare, în mare parte prin grija Ministerului Turismului, care oferă excelente condiții de sejur, cură și agrement în toate anotimpurile, au creat premisele necesare ca sezonul balnear să se extindă de la lunile anotimpului cald la toate cele 12 luni ale anului.

Astăzi, peste 45 de stațiuni balneoclimaterice din zona denumită colinară, de câmpie și de pe litoral, dotate cu complexe de cură și cazare, unde sub același acoperiș stau la dispoziția pacienților cabine de baie, bazine de înot, săli de gimnastică medicală, cabinete de proceduri fizioterapice, hoteluri și restaurante, săli de spectacole și de lectură oferă posibilitatea efectuării curei balneare într-un număr mare de afecțiuni.

În funcție de afecțiunile de care suferiți, organizatorii de turism vă propun câteva din cele mai renumite stațiuni:

● **PENTRU AFECȚIUNI REUMATISMALE:** Amara, Călimănești-Căciulata, Eforie Nord, Geoagiu-Băi, Govora, Herculan, Mangalia, Pucioasa, Bazna, Slănic Moldova, Sovata.

● **PENTRU AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR:** Balványos, Borsec, Buzias, Vatra Dornei, Tușnad, Covasna.

● **PENTRU AFECȚIUNI GINECOLOGICE:** Amara, Bazna, Eforie Nord, Mangalia, Sovata, Geoagiu-Băi.

● **PENTRU AFECȚIUNI ALE APARATULUI RESPIRATOR:** Eforie Nord, Govora, Slănic Moldova, Mangalia.

● **PENTRU AFECȚIUNI ALE TUBULUI DIGESTIV, GLANDELOR ANEXE, BOLI DE NUTRIȚIE:** Borsec, Călimănești-Căciulata, Olănești, Sîngeorz-Băi, Slănic Moldova.

Specialiștii de la Institutul de medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare medicală apreciază că anotimpul rece este îndeosebi favorabil tratamentelor în stațiuni pentru cei cu nevroze anxioase sau cu sindrom de climacteriu. Întrucât pentru tratament sau recuperare în numeroase afecțiuni ale aparatului locomotor și în unele boli vasculare periferice sau urologice o cură balneară se poate repeta la 4-6 luni, rezultă că una dintre ele trebuie și se poate efectua în timpul anotimpului rece.

REȚINEȚI: biletele pentru stațiunea dorită și informațiile necesare se obțin de la agențiile și filialele oficiilor județene de turism din întreaga țară.

DOSAR

● EGOISMUL UNUI MEDIU SOCIAL ALIENAT

● ÎMPOTRIVA VICIULUI

● AUTOFLAGELARE PRIN DROGURI ● INDIVIDUL DEPERSONALIZAT

● CAPCANA SECTELOR ȘI CULTUL VIOLENȚEI



În condițiile societății de consum, tânărul aflat în continua căutare a unui loc de muncă, cu sentimentul frustrării celui mai elementar drept — cel de a-și câștiga în mod cinstit existența —, se convinge tot mai mult că se confruntă inevitabil cu rapacitatea și egoismul unui mediu social alienant, în care prosperă nedreptatea, se lăfăie viciul, înving impostura și minciuna.

Debusolat și lipsit de sprijinul societății, tânărul își pierde încrederea în sine, speranța în viitor și, cedând tentațiilor unei lumi a himerelor și iluziilor care i se pare de preferat realităților hidoase, dure și zguduitoare, se afundă în „paradisul” pe care îl oferă drogurile.

Conform statisticilor O.N.U., în țările occidentale peste 2 milioane de persoane — în majoritate tineri — consumă constant heroină, iar încă 50 de milioane recurg la alte halucinogene. Consumul de stupefiante numai în S.U.A. face anual 5 000 de victime; 20 la sută dintre copiii între 14 și 15 ani fumează marijuana; numărul heroinomanilor în R.F.G. se ridică la 40 000, iar al copiilor între 14 și 15 ani care se droghează cu stupefiante este de 10 ori mai mare; consumul de droguri în Anglia a crescut, în ultimii ani, de zece ori.

Pe fondul unei vieți trepidante, a unei stări de nesiguranță continuă, determinată de grija zilei de mâine, cazurile de boli psihice iau proporții, în timp ce posibilitățile de diagnosticare și tratament se reduc considerabil. În S.U.A. tariful unei consultații la un psihiatru variază între 100 și 150 de dolari. Cercurile de afaceri sabotează sistematic pe orice căi tendințele de autonomie ale unor centre medicale mai mici și proiectele de înființare a unor clinici federale destinate nevoiașilor.

Urmările dramatice ale tarelor sistemului capitalist asupra sănătății tineretului îmbracă și altă formă — sinuciderea, de la toxicomanie pînă la gestul funest fiind doar un pas, printre țările care dețin recordul în această privință înscriindu-se R.F. Germania, Canada, Austria, Danemarca, Suedia, Finlanda. Conform statisticilor, cazurile de deces prin sinucidere în aceste țări constituie „flagelul nr. 3”, iar în Franța, Anglia, Olanda și S.U.A. „flagelul nr. 4”. Este semnificativ faptul că într-un singur deceniu numărul cazurilor de sinucidere în S.U.A. s-a dublat, înregistrînd în rîndul celor sub vîrsta de 20 de ani o creștere cu 300 la sută.

În Italia, tentativele de sinucidere ale tinerilor au crescut în ultimii ani cu peste 200 la sută, iar în Suedia numărul celor care-și curmă viața este de două ori mai mare decît cel al decedaților în urma accidentelor.

Delincvența juvenilă constituie un alt flagel în continuă creștere, care provoacă îngrijorare în rîndul opiniei publice mondiale, majoritatea autorilor actelor de violență fiind tineri sub 20 de ani. În S.U.A. numărul celor arestați pentru crimă, jaf, viol și atac armat este cu 200 la sută mai mare față de 1970; în Anglia, peste 30 la sută dintre ei sînt elevi între 10 și 15 ani.

Violența, cu rădăcinile sale social-morale, nu poate fi eradicată decît stîrpind cauzele care o generează, una dintre acestea fiind

„educația” prin intermediul micului ecran. Concludente sînt în acest sens rezultatele la care au ajuns cercetătorii de la Centrul audiovizual Hildesheim (R.F. Germania): nu mai puțin de 46 de scene de violență sînt prezentate în decurs de o săptămîină pe micul ecran, pe parcursul unui an un telespectator asistînd deci la aproximativ 2 400 de astfel de scene. Asociația medicinii din S.U.A. evidențiază că un american care, în medie, folosește zilnic televizorul timp de 6 ore, în răstimp de 15 ani vizionează aproximativ 18 000 de crime, furturi, violuri etc. Așa cum apreciază experții, nu este de mirare că, în asemenea condiții, mulți tineri care comit acte de violență, furturi și crime își aleg ca model în acțiunile lor nesăbuite pe „eroul” din scenele de groază vizionate pe micul ecran.

Fenomenul cunoaște proporții îngrijorătoare, încît în ultima vreme, necesitatea stăvilirii răului a atras atenția multor sociologi, psihologi, psihiatri și personalități ale vieții politice, care, sub presiunea accentuată a opiniei publice, încearcă forme și modalități diferite de curmare a acestui flagel. În ciuda eforturilor făcute în acest sens, cultul violenței atinge dimensiuni nebănuite: televiziunea, cinematografia și un anume gen de literatură promovează cu consecvență aceste fenomene patologice, ridicînd la rang de principiu instinctele primare ale individului. Pe ecranele cinematografelor din S.U.A., Anglia, Franța și Italia rulează, printre altele, filmul „Rollerball”, care face apologia unei așa-zise întreceri sportive, în care supercampionii îșiucid cu seninătate partenerii, dezarticulîndu-le membrele și zdrobindu-le capul cu o cruzime înspăimîntătoare. Reacțiile provocate în masa spectatorilor sînt atît de puternice, încît unii mai sensibili, suportînd cu greu scenele de groază, sînt scoși pe targă din sală.

Proliferarea pornografiei prin intermediul filmului, paralel cu recrudescența violenței și crimei preocupă pe cineasții și agențiile de publicitate din S.U.A., Italia, Franța, Anglia și R.F. Germania, care își alcătuiesc programe cu pelicule exclusiv de acest gen.

Susținută prin cele mai diferite mijloace, propagarea pornografiei — de la afișele expuse pe zidurile marilor orașe pînă la reclamele din paginile presei — este calificată de revista „l'Express” drept o „publicitate agresivă și insuportabilă”.

Pornografia s-a extins dincolo de literatură și film, cuprinzînd artele plastice și muzica. Astfel, la Bienala de la Veneția a fost expusă o așa-zisă sculptură intitulată „Mașinile celibatare” care a determinat pe criticul de artă al revistei „l'Europeo” să exclaima cu indignare: „este un lucru delirant”. Noul dans la modă „Punk-Rock”, amestec demențial de urlete provocate de soliști și

de zgomote produse de baterii și chitare electrice, precum și comportamentul cu totul ieșit din comun al dansatorilor — prăbușiri și zvîrcoliri ca în crizele de epilepsie, tăvăliri în cioburi de sticlă, praf și noroi, inspiră compasiune și groază. De asemenea, unii dansatori își trec prin buze, nas și urechi ace cu gămălie, poartă maieuri rupte, părul în dezordine și vopsit în verde, roșu, violet sau albastru, peste care aplică un amestec de vaselină cu pudră de talc. Zdrencăroși și murdari, sfidînd bunul simț, adepții „Punk-Rockului” prin apelative jignitoare și insulte provocatoare scot din sărite pînă și pe cei mai calmi și echilibrați oameni. Încercînd să explice fenomenul, revista vest-germană „Der Spiegel” afirmă că acest nou dans exprimă „un sentiment de frustrare a drepturilor tineretului din partea societății”.

În rîndurile tineretului occidental au apărut în ultimii ani numeroase mișcări și tendințe reacționare de sporire a numărului sectelor religioase care cultivă vrăjitoria și ghicitul, magia și ocultismul, sentimentul pierderii oricărei speranțe de viitor. În fruntea acestor secte religioase se află indivizi avizi de bani, corupți și brutali, șarlatani cu pretenții mesianice care încearcă să recruteze, prin metodele cele mai moderne, un număr cît mai mare de tineri.

Majoritatea celor 200 000 de tineri din R.F.G. care se află sub influența nefastă a sectelor religioase — relatează ziarul vest-german „Die Welt” — au între 18 și 28 de ani și „se simt uniți prin pierderea totală a sentimentului de securitate și încredere în viitor”. Prin prevederile statutare, sectele își propun să facă din fiecare membru care aderă la acestea un fanatic religios, lipsit de personalitate. Odată atras în sectă, noul membru este format în credința pe care ea o propagă, prin însușirea și practicarea sub pază severă a dogmelor stabilite. Orice legătură cu exteriorul este trecută prin cenzura „dregătorilor” sectei, voința „adeptului” este total îngrădită și, treptat, el este transformat într-un ostatec-robot supus voinței conducătorului sectei, supus unui permanent control al proceselor mintale, torturat fizic și psihologic. Urmarea acestei „reeducări”: apariția unor stări malade de anxietate. Cei care reușesc să se elibereze de sub influența nocivă a sectelor sînt mult timp urmăriți și amenințați cu moartea.

Escaladarea violenței, apologia lipsită de orice pudoare a sexualității transformate în pornografie, nesiguranța vieții, perversitatea sentimentelor, tentativa de a cucerii prin drog „paradisul” refuzat de cruda realitate cotidiană, toate laolaltă reliefează lipsa de grijă și respect față de om și nevoile sale care, în lumea societății de consum, se mențin la o tristă și minimală cotă.

Dumitru ANDREI



UN
DESERT
PENTRU
TOATE
ANOTIMPURILE

Aliment cu o valoare nutritivă și calorică ridicată, datorită conținutului în lipide (12,06 la sută), proteine (3,8 la sută), hidrați de carbon (21,31 la sută), calciu (0,12 la sută), fosfor (0,1 la sută) și vitamine (vitamina A 548 u.i. la 100 g, tiamină 0,38 mg, riboflavină 0,236 mg și PP 0,98 mg), înghețata prezintă avantajul unei digestibilități mărite, prin gradul avansat de dispersare a componentelor enumerate, care conferă o suprafață mai mare de acțiune a sucurilor gastrice. Astfel, 1 kg de înghețată poate înlocui din punct de vedere energetic unul dintre următoarele alimente: 434 g de pâine, 738 g carne de bovine, 851 g ouă sau 3 300 ml de lapte.

Înghețata produsă în întreprinderile din sectorul industrializării laptelui din țara noastră, după rețete de fabricație riguros științifice, se clasifică — în funcție de conținutul în grăsime, natura și proporția de adaosuri — în circa 100 de sortimente și asortimente, iar în ceea ce privește compoziția amestecului de bază în 3 categorii: înghețată de lapte, de fructe și dietetică.

Deși, în general, întregul sortiment se adresează consumatorilor de toate vârstele, fără restricții pentru unii suferinzi, sînt și sortimente recomandate unei categorii de consumatori, cum este înghețata „Fructin“, în care zahărul este substituit cu zaharină și, deci, indicată bolnavilor de diabet zaharat.

Consistența unei înghețate de bună calitate trebuie să fie cremoasă, fragedă, iar structura să nu prezinte cristale perceptibile de gheață sau să creeze o senzație de nisip.

Indiferent de sortiment, înghețata se prezintă sub formă de brichete (cu sau fără glazură de ciocolată), în vase comestibile de diferite gramaje, ambalată în recipiente din material plastic sau în bidoane de diferite capacități și se păstrează pînă la livrarea în rețeaua comercială la temperatură de —18 grade C.

Calitatea fiecărui sortiment din punct de vedere organoleptic, fizico-chimic și bacteriologic este stabilită prin normele interne departamentale de către controlul tehnic al calității, exercitat asupra materiei prime, a întregului flux tehnologic și asupra produsului finit. Menținerea lanțului frigorific în rețeaua comercială este obligatorie pentru evitarea impurificării produsului la locul de consum. De asemenea, atenție deosebită trebuie acordată stării igienico-sanitare a ustensilelor și veselei utilizate la distribuire.

Producția de înghețată cunoaște în țara noastră o continuă dezvoltare, satisfăcînd toate gusturile, datorită marii diversități de rețete și forme de prezentare (vase comestibile, torturi, cantități porționate pentru a fi consumate la domiciliu), combinării în aceeași porție a mai multor tipuri de înghețată sau a altor produse alimentare care îi măresc calitățile gustative și nutritive (frișcă, fructe, siropuri din fructe etc.).

Dezvoltarea rețelei de desfacere a înghețatei, urmare a diversificării utilajelor moderne comerciale și a extinderii lanțului frigorific, asigură un desert hrănitor și igienic pentru toate anotimpurile.

Ing. Corneliu PAPUC
Centrala industrializării laptelui



COPILUL NOSTRU



CEC ÎN ALB PENTRU SĂNĂTATEA ADULTULUI DE MÎINE

Să acordăm un cec în alb! Este, desigur, frumos din punct de vedere literar. În medicină și biologie, ca de altfel și în alte domenii ale științelor naturii, omul, știința au investigat serios și au găsit mijloace de completare a „cecului” pentru că avem în vedere sănătatea generațiilor viitoare. Iar asistența pentru atingerea acestui scop pe cât este de necesară, pe atât este și de pasionantă.

Un cec în alb? Cum să semnăm cecul în alb cînd știm că de complicat este fenomenul, unic în felul său, al reproducerii vieții, de cîți factori ereditari sau de mediu poate fi influențat? În perioada de fecundație, de segmentație, de nidație a oului, el este influențat de factori de ordin biologic, genetic, endocrinologic, biochimic, enzimatic, dar și de factori externi, ca medicație, infecții microbiene sau virale, factori de mediu de viață sau de muncă. Dar cîți alți factori nu pot interveni în perioada de organogeneză și chiar mai tîrziu în perioada de evoluție a produsului de concepție?



Să nu uităm că fătul nu este altceva decît o grefă cu rol de homogrefă pe organismul matern, că acesta poate aduce moștenire fracțiunii proteice atât de la mamă cît și de la tată, iar în unele cazuri această moștenire diferită poate intra în conflict cu proteinele mamei, declanșînd un adevărat război imunologic.

Din fericire însă, în cele mai multe cazuri, așa cum au arătat de altfel multiple cercetări experimentale, acest război imunitar se încheie cu un act deosebit de toleranță din partea mamei, care niciodată nu luptă împotriva propriului produs de concepție.

Nepotrivirea de Rh între femeie și bărbat, în cazul în

care mama este negativă, iar fătul moștenește Rh-ul (o fracțiune sanguină) pozitiv al tatălui, poate duce, de asemenea, la un conflict între făt și mamă, reacția de apărare a mamei manifestîndu-se prin formarea de anticorpi, iar rezultatul acestei nepotriviri putînd fi boala hemolitică a nou-născutului, sau, și mai grav, anasarca fetoplacentară, ori icterul nuclear cu pierderea copilului.

Medicina a găsit soluții și în acest domeniu. Astfel, cunoscut fiind că odată cu numărul sarcinilor crește izoimunizarea, se poate face vaccinarea așa-numită anti-D, cu imunoglobulină românească, la mamele Rh negative fără anticorpi, iar practica exanghino-transfu-

ziei la nou-născuții care au făcut boala hemolitică a intrat în practica obișnuită a asistenței medicale, cu rezultate foarte bune.

Un loc important în asigurarea sănătății adultului de mâine îl constituie însă asigurarea unei zestre genetice normale produsului de concepție. Incidența malformațiilor fetale în creștere în ultimii ani, cu etiologie multifactorială, ridică tot mai mult necesitatea studiului genetic, prin investigații citogenetice și a consultului genetic.

De la început trebuie spus că pentru a avea copii sănătoși este nevoie ca părinții să fie sănătoși. Consultația premarială are rolul nu numai de a stabili starea de sănătate aparentă a viitorilor părinți. În cazul în care în antecedentele parentale se constată existența unor malformații, tinerii care urmează să se căsătorească trebuie să fie investigați citogenetic pentru a li se aprecia posibilitatea de a avea copii sănătoși.

În același mod se cere privită situația și în cazul în care într-o familie a apărut un făt malformed, con-

sultul genetic făcându-se necesar pentru aprecierea posibilității viitorilor descendenți de a fi sănătoși.

Dorim să precizăm însă că nu toate aberațiile cromozomiale au un caracter ereditar, multe dintre acestea fiind legate de tulburări în dezvoltarea embrionului în perioada de organogeneză și influențate de factori din mediul intern sau extern. În aceste cazuri teama pentru sănătatea următorilor copii este nejustificată, fiind necesară numai eliminarea factorilor respectivi.

Pe de altă parte, nu orice anomalie cromozomială este incompatibilă cu viața sau cu o dezvoltare cel puțin apropiată de normal. Cercetări recente arată că există devieri cromozomiale de la normal mult mai frecvente decât s-a crezut până de curând, fiind apreciate la 5—6 la mia de născuți vii.

În sfârșit, chiar dacă nu este vorba de nepotriviri sanguine sau anomalii cromozomiale ereditare ori cistigate, semnarea în alb a cecului pentru sănătatea adultului de mâine pune problema unei supravegheri și

îngrijiri deosebite a sarcinii din primele săptămâni de gestație până la naștere, asigurarea unei asistențe de înalt nivel tehnic a travaliului și nașterii, ca și a primelor îngrijiri ale nou-născutului.

Mulți consideră că fenomenul reproducerii este comun și destul de bine cunoscut. Apreciem că, deși în ultimii 20 de ani s-au făcut mari progrese în acest domeniu, și în special în ceea ce privește cunoașterea „furtunii vieții intrauterine”, cu complicatele-i modificări și adaptări de ordin citogenetic, endocrin, enzymatic, metabolic etc., rămân încă extrem de multe necunoscute. Practica ne-a arătat însă că numai cu o muncă de educație permanentă a tineretului pentru viața de familie — particularizată pentru băieți și pentru fete —, cultivarea unor norme de îngrijire a propriei sarcini prin diverse forme de educație, ca „Școala mamei”, psiho-profilaxia durerilor la naștere etc. — se instaurează o colaborare cu rezultate foarte bune cu viitoarele mame în vederea asigurării potențialului biologic cât mai ridicat al nou-născutului.

Sigur, grija nu se încheie odată cu nașterea, atenția părinților, și în primul rând a mamei, față de sănătatea copilului este o datorie care nu poate fi comparată cu nimic, știut fiind că nici un părinte nu poate fi liniștit până când copiii săi nu devin adulți sănătoși.

Iată de ce credem că certitudinea „cecului în alb” ți le dă nivelul educației sanitare a viitorilor părinți, asistența medicală a sarcinii, a nașterii și a copilului, de asemenea de un nivel ridicat, premise pentru o bună colaborare între personalul sanitar și familie.

Conf. dr. Ion LEMNETE
directorul Spitalului clinic
„Filantropia” — București



VIATA MODERNĂ ȘI SARCINA



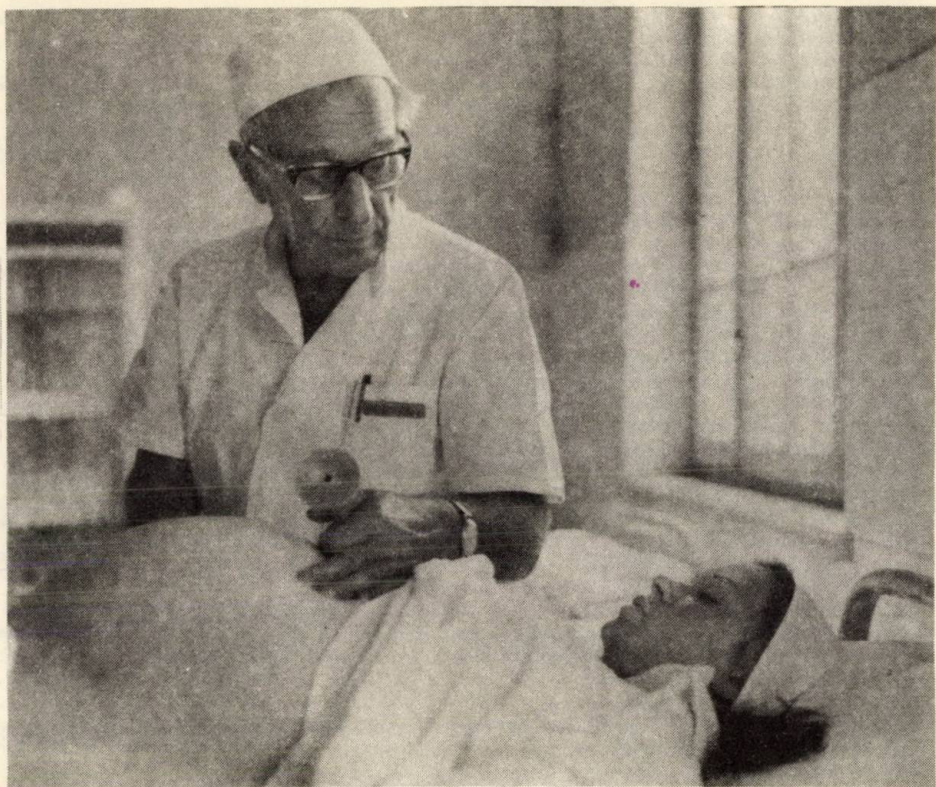
Femeii i se acordă astăzi o atenție deosebită în societate deoarece a reușit de-a lungul timpului să se impună ca un factor activ, plin de inițiativă, de spirit de dăruire, întrunind calități remarcabile care contribuie la conturarea frumuseții ei fizice și sufletești. Dar viața actuală, concretizată de un ritm trepidant care solicită în permanență ființa umană, supune și femeia unui stress permanent în cadrul obligațiilor pe care le are în procesul creator al muncii, în familie, în calitate de soție și de mamă. Cum ei îi revine și rolul nobil de a procrea, de a da naștere copiilor, contribuind permanent la menținerea și dezvoltarea societății, la desăvârșirea acesteia, se impune adaptarea modului de viață particularităților specifice noii sale stări fiziologice, respectiv starea de gestație, atât din punct de vedere psiho-afectiv cât și de efort.

Este bine cunoscut că sarcina prin scopul nobil de a da naștere unui copil înfrumusețează femeia. Dar tot atât de cunoscut este că sarcina supune organismul ei unor multiple transformări. Emoțiile, dar și temerile sînt cu atât mai mari dacă se află la prima sarcină, deoarece există și este necesară preocuparea permanentă în timpul stării de gestație pentru crearea tuturor condițiilor în vederea dezvoltării normale a copilului.

Oul uman, rezultat din unirea celor doi gameți — ovulul și spermatozoidul — își urmează dezvoltarea în cavitatea uterină. În primele luni de gestație, respectiv în faza embrionară, se conturează structura organismului uman, respectiv aparatele și sistemele care îl compun, pentru ca desăvârșirea acestora să se facă în a doua parte a sarcinii, pînă în luna a noua, cînd are loc nașterea. Organismul matern asigură deci creșterea și dezvoltarea viitoarei ființe umane, care nu este însă întotdeauna la adăpost față de unele influențe interne și externe nefavorabile. Iată de ce se impune păstrarea cu rigurozitate a unor condiții optime în asigurarea evoluției normale a produsului de concepție, precum și a stării de sănătate materno-infantile și care vizează modul de viață, activitatea fizică, intelectuală, pe scurt păstrarea regulilor igieno-dietetice indispensabile bunei evoluții a sarcinii.

Astfel, alimentația gravidei trebuie adaptată la particularitățile metabolice ale organismului său, în raport cu perioada de gestație în care se află. În cazul nerespectării condițiilor igieno-dietetice pot să apară stări patologice care influențează nefavorabil asupra mersului sarcinii și asupra stării fătului. Pot apare disgravidii, anemiile carentiale și alte perturbări metabolice complexe, care pot determina avorturi, nașteri premature, apariția unor malformații fetale, insuficienta dezvoltare somatică a acestuia.

Pentru alimentația gravidei se cer respectate principiile alimentare bine cunoscute — proteinele, lipidele, glucidele, vitaminele și sărurile minerale. Trebuie avut în vedere aportul de substanțe plastice și biocatalizatorii necesari desfășurării normale a proceselor metabolice, precum și realizarea unui aport caloric corespunzător, de aproximativ 2 200 — 2 400 de calorii zilnic. Femeilor care lucrează în condiții de solicitare fizică medie sau intensă le sînt necesare 200 — 300 de calorii în plus. În mod obișnuit nu trebuie să lipsească din alimentația zilnică aproximativ 50 — 60 g de lipide, 300 — 350 g de glucide, 80 — 90 g de proteine. Rația alimentară trebuie adaptată particularităților fiecărui organism, în funcție de echilibrul metabolic din perioada premergătoare sarcinii, cit și de cel stabilit în cursul evoluției acesteia. În același timp, femeile cu un grad oarecare de obezitate vor evita excesul alimentar, rezumîndu-se în special la aportul alimentar cu rol plastic (proteine). De reținut că în tot cursul sarcinii, gravida nu trebuie să depășească greutatea cu mai mult de 10 — 12 kg, respectiv 2 kg în cursul trimestrului I de sarcină și 4 — 5 kg în cursul trimestru-



lui II. Aportul proteic trebuie să crească datorită ritmului important de dezvoltare al fătului și noului echilibru metabolic care crește cu aproximativ 30—40 la sută în trimestrele II și III de gestație. Aportul proteic poate fi realizat prin folosirea proteinelor animale, în special (ouă, carne, lapte), care conțin toți aminoacizii esențiali necesari organismului în procesele sale metabolice și în utilizarea unor vitamine și substanțe minerale ca, de exemplu, calciul, a cărui absorbție intestinală este dependentă de absorbția aminoacizilor esențiali. Lipsa proteinelor determină modificări generale în organismul gravidei prin scăderea presiunii coloidosomatie, favorizând apariția disgravidiilor de ultim trimestru, a edemelor, anemiilor prin imposibilitatea sintezei unor molecule complexe. Absența unui aport corespunzător de proteine în alimentație poate favoriza avortul sau nașterea prematură.

Vor fi folosite, de asemenea, glucidele ușor digerabile, cu absorbție rapidă, adaptate cantitativ stării de sănătate a gravidei; aportul lor va fi cât mai scăzut la femeile obeze. Lipidele animale vor avea prioritate, întrucât realizează un aport crescut în vitaminele A, D și E. Indispensabile organismului sunt și substanțele minerale — sodiul, fierul, calciul, fosforul. Totuși aportul de sodiu va fi ponderat, în funcție de necesitățile organismului, excesul contribuind nemijlocit la creșterea ponderală prin retenție hidrică, apariția edemelor, favorizând uneori creșterea tensiunii arteriale. Toate sînt stări morbide care nu rareori pun în pericol nu numai evoluția normală a sarcinii, dar, uneori, chiar și viața femeii gravide. Datorită particularităților metabolice și hematologice ale gravidei și ale fătului, necesarul de fier crește pînă la 20—22 mg/zi; de asemenea, calciul este în mod deosebit necesar, în ultimul trimestru el acumulîndu-se în organismul fetal. În caz de aport insuficient de calciu, acesta este mobilizat din depozitele materne, ducînd la apariția unor entități morbide, uneori cu consecințe deosebit de grave: decalcifieri osoase, apariția de carii. Avînd în vedere particularitățile funcționale ale tiroidei materne, crește necesarul de iod zilnic și,

substanțial, de vitamine, în special din grupul B, C, D, E, ce intervin în multitudinea proceselor metabolice. Gravida trebuie să-și adapteze alimentația stării de graviditate, dar și particularităților funcționale ale tubului digestiv (scăderea funcției digestive, absorbției, hipochinezii mai des întâlnită în timpul travaliului).

Necesitatea unui aport caloric crescut se impune și în perioada de lehzuzie, când femeia alăptează. Carențele alimentare prelungite dacă influențează negativ la început numai asupra gravidei, ulterior efectul se răsfinge și asupra copilului care se dezvoltă insuficient, poate prezenta tulburări nervoase, idioție, malformații, debilitate congenitală, rezistență scăzută, pe scurt se poate înscrie în categoria așa-numiților copii „handicapați“.

Orice gravidă trebuie să aibă în vedere că asupra stării de sănătate a ei și a fătului influențează direct respectarea unui mod de viață rațional și a unei igiene corporale, vestimentare corespunzătoare. În general, modul de viață trebuie adaptat particularităților specifice ale noii sale stări fiziologice, starea de graviditate. Ea poate și trebuie să-și continue activitățile dinaintea stării de gestație cu condiția ca eforturile depuse să fie în concordanță cu noile sale posibilități fizice. Oboseala prelungită are efecte negative asupra dezvoltării normale a sarcinii și, implicit, asupra fătului. Gravidele care au afecțiuni organice, respiratorii, cardiovasculare, oculare, ca și cele care prezintă risc obstetrical crescut, fiind supuse în orice clipă pericolului de a avorta sau de a naște prematur, vor beneficia, pe baza datelor oferite de examenele clinice și paraclinice, de condiții de muncă care să permită evoluția sarcinii în condiții favorabile, de natură să-i ocrotească sănătatea ei și a fătului. Dealtfel, datorită grijii deosebite acordate de statul nostru, în timpul gravidității, lehzuziei, ca și în perioada de îngrijire a copilului până la vârsta de 6 ani, femeile beneficiază de înlesniri speciale prevăzute în Codul muncii și Legea nr. 10/23. XI. 1972, cap. VII. Astfel, concediul prenatal este de 52 de zile, cel post-natal de 60 de zile; gravidei i se poate schimba locul de muncă în raport cu starea ei de sănătate; este scutită de muncă de noapte. De asemenea, mamele pot lucra numai jumătate de normă pentru creșterea copilului sub 6 ani, după cum pot beneficia de îngrijirea copilului în creșă sau grădiniță.

Comportamentul sexual trebuie și el adaptat în concordanță cu modificările fizice, psihice și hormonale ale organismului gravidei. Dealtfel, climatul afectiv, factorii de mediu (cultural-educativi, familiali, sociali) pot duce sau nu la modificări ale libidoului, iar modificările comportamentului sexual diferă la primipare față de multipare, în special în raport cu tulburările neurovegetative care determină o diminuare a libidoului și a orgasmului, fiind mai evidente la femeile care nasc prima oară. Altfel, viața sexuală poate decurge normal în primele șase luni de sarcină, impunându-se a fi redusă în trimestrul al III-lea de sarcină și, preferabil, absentă în ultimele două luni de gestație. Este recomandabilă întreruperea activității sexuale în unele situații chiar din trimestrul II de sarcină, în special la femeile care au avortat sau au născut prematur anterior, deci la femei cu risc obstetrical crescut, dat fiind că există posibilitatea apariției unor complicații, cum ar fi: ruptura prematură de membrane și pierderea lichidului amniotic și declanșarea nașterii premature, cu consecințele nefavorabile asupra fătului, el nefiind pregătit suficient pentru a face față vieții extrauterine.

În cursul sarcinii se impune și respectarea unor reguli generale de igienă, care să favorizeze menținerea bunei stări de sănătate a organismului femeii gravide, cum ar fi: mișcări în aer liber, îmbrăcăminte și încălțăminte comodă, renunțarea la fumat, la alcool și cafea. Femeia gravidă va dormi suficient, va evita stările de încordare nervoasă, iar cei din jur o vor ajuta să ducă o viață calmă, senină, ferită de stări conflictuale.

Orice abatere de la aceste principii se poate constitui în factori care pun în pericol bunul mers al sarcinii, provocând avortul, o dezvoltare necorespunzătoare a fătului sau nașterea prematură a unor copii cu debilitate congenitală și rezistență scăzută. Prezentarea încă din primul trimestru de sarcină la medicul specialist obstetrician-ginecolog permite stabilirea unui bilanț al stării de sănătate a gravidei și, uneori, evitarea agravării unor boli preexistente sarcinii, poate necunoscute și evidențiate de sarcină. Chiar dacă gravida are o stare de sănătate bună, în parametrii fiziologici, are aceeași obligație și datorie de a se prezenta cu regularitate la examenele medicale, decelind precoce patologii proprii gestației sau agravarea unor stări morbide ce pot fi tratate fără repercusiuni. Numai printr-o colaborare strinsă între gravidă, familie și medic se pot realiza condițiile optime de dezvoltare a sarcinii, evitându-se influența nocivă a factorilor de mediu extern și intern amintiți, permițând nașterea unor copii sănătoși cu care să ne mindrim.

Doctor în medicină
Felicia MORASSI-REBEDEA



VÎRSTELE COPILULUI

Un vechi proverb oriental spune că „nu e prieten mai bun decât sănătatea și nu e iubire care să te ferească mai mult ca aceea față de copil“. În etapa actuală a revoluției tehnico-științifice, când cunoștințele tehnice sînt însușite într-o accentuată măsură de fiecare dintre noi, și în probleme de sănătate nu ne putem orienta doar după reguli „de bun simț“, ci trebuie să dobîndim cunoștințe temeinice, cît mai exacte. Dacă pentru copil influența eredității, a condițiilor de dezvoltare intrauterină, a modului în care a decurs nașterea este astăzi unanim acceptată, creșterea și dezvoltarea sa, sănătatea după naștere depind în mare măsură de îngrijirile ce i se dau de către părinți, mai ales de mamă, motiv pentru care ne vom opri la prima și a doua copilărie.

După perioada de viață intrauterină, cu ample rezonanțe pentru dezvoltarea ulterioară a copilului, urmează perioada de dezvoltare extrauterină (postnatală), care începe imediat după naștere și continuă pînă la pubertate — adolescență, ce încheie cea de-a treia copilărie. Pentru rațiuni de ordin practic deosebit:

Prima copilărie, care cuprinde perioada de nou-născut — de la 0 la 28 de zile, perioada de sugar — de la 1 lună la un an, perioada de copil mic sau antepreșcolar — de la un an la doi ani și jumătate — trei ani (cînd se termină apariția dentiției de lapte).

A doua copilărie sau vîrsta preșcolară — de la doi ani și jumătate-trei ani la șase ani (cînd începe să apară dentiția permanentă).

A treia copilărie sau vîrsta școlară — de la 6 la 18 ani, care include perioada de pubertate și postpubertară (adolescență), marcînd trecerea de la vîrsta copilăriei la vîrsta adultă.

Perioada de nou-născut (0—28 de zile) reprezintă una dintre perioadele dificile, de adaptare la viața extrauterină. Deosebim un nou-născut la termen (copil născut la 280 zile de gestație), de nou-născut prematur (copil născut înainte de termen, între a șasea și a noua lună), nou-născut dismatur (născut la termen cu greutate mică la naștere) și nou-născut postmatur (când perioada de gestație este depășită mai mult de 7 zile). Aspecte morfologice caracteristice deosebesc nou-născutul la termen de prematur. Nou-născutul la termen prezintă talie medie de 50 cm, greutate medie de 3 000 g, perimetrul cranian de 34—35 cm, cel toracic de 32 cm, țesut adipos subcutanat bine dezvoltat, prezența pe piele a unei grăsimi (vernix caseoza), peri fini pe umeri și frunte (lanugo), unghiile ce acoperă pulpele degetelor, testicoli coboriți în scrot, labii mari la fetițe ce acoperă pe cele mici. Prematurul, în contrast cu nou-născutul la termen, prezintă nu numai deosebiri anatomice, ci și mari deficiențe fiziologice privind funcția de nutriție, respiratorie, tendință marcată la scăderea temperaturii corpului, hemoragii, infecții ce obligă la îngrijiri cu totul deosebite cu cit gradul de prematuritate este mai mare: gradul I (cu greutatea 2 000—2 500 g), gradul II (1 500—2 000 g), gradul III (1 000—1 500 g), gradul IV (sub 1 000 g la naștere). Scorul Apgar — reprezentând o apreciere asupra stării nou-născutului la naștere — este bine să fie cunoscut și de mamă, deoarece copiii cu un scor Apgar sub 7 impun îngrijiri speciale și după ieșirea din maternitate, recomandându-se luarea lor în evidență specială de către medicul pediatru din teritoriu. Scorul Apgar de la 8 la 10 indică o stare bună la naștere ce nu necesită reanimare. Din punct de vedere fiziologic, nou-născutul

prezintă un număr mai crescut de respirații, bătăi cardiace, hematii și leucocite, scaune de culoare verzui la început (meconiu), apoi galben-aurii în alimentația naturală și albe-chitose în cea cu lapte de vacă, tonus muscular la început crescut (hipertonie fiziologică). Dacă văzul este mai puțin clar în primele zile după naștere, iar auzul dificil de apreciat, mirosul, gustul, ca și simțul tactil sînt prezente de la naștere. La această vîrstă întîlnim anumite reflexe (arhaice, de postură), pe care nu le găsim la alte perioade decît în mod patologic. Din punct de vedere fiziologic mai există 3 manifestări deosebite: scăderea fiziologică în greutate, icterul fiziologic și criza genitală a nou-născuților, manifestări care dispar fără nici un tratament. Perioada de nou-născut se caracterizează printr-o creștere rapidă staturală și ponderală, slaba dezvoltare a sistemului nervos și, ca urmare, a funcțiilor de relație cu predominanța centrilor subcorticali, importanța imunității transmise transplacentar față de cea dobîndită, tendință la generalizarea infecțiilor ce îmbracă aspect grav septicemic. Patologia acestei perioade este dominată de malformațiile congenitale și afecțiunile legate de actul nașterii (traumatisme, infecții), calitatea îngrijirilor acordate de mamă avînd o deosebită importanță; alimentația la sîn, respectarea strictă a regulilor de igienă a nou-născutului, supravegherea atentă și calificată a manifestărilor lui cu luarea celor mai indicate măsuri sînt doar cîteva din aceste cerințe.

Perioada de sugar (1 lună — un an) se caracterizează prin: ritm intens al creșterii în greutate și lungime (greutatea se dublează la 5 luni, se triplează la 1 an, iar lungimea crește cu 20—24 cm, perimetrul cranian cu 12 cm, amplificarea treptată a importanței funcțiilor de re-



lație, prin dezvoltarea funcțiilor locomotorii, lărgirea cîmpului de cunoaștere și formarea primului sistem de semnalizare, apariția dentiției și dezvoltarea funcției digestive cu trecerea treptată de la alimentația lactată la un regim mai variat, reducerea imunității transplacentare și dezvoltarea imunității active, cu înlocuirea stărilor septicemice cu boli localizate la anumite organe. Bolile ce domină această perioadă sînt în strînsă legătură cu calitatea îngrijirilor acordate sugarului (diaree infecțioasă, boli ale aparatului respirator, boli de piele, carențe alimentare), a căror evoluție depinde de terenul pe care se dezvoltă: malnutriție protein-calorică, rahitism, anemie. Alimentația și respectarea strictă a regulilor de igienă au o importanță deosebită și la sugar.

Alimentația naturală este obligatorie în primele luni de viață. Se verifică afirmația că „laptele matern și dragostea mamei nu se pot înlocui”. În beneficiul sănătății copilului, înțărirea nu este indicată sub șase luni, dar nici peste 12 luni. În cazul imposibilității asigurării



alimentației naturale, se trece la alimentație mixtă sau artificială cu lapte praf Lactosan (un lapte integral), existind și preparate semicremate de lapte (Lacto, Lacto I, Lacto II, Gluvilact I, Gluvilact II), indicate în alimentația copilului din prima lună, a prematurilor, distroficiilor, în realimentare după boli diareice. Preparate semicremate industriale sînt și Eledonul și Prodietonul. În prezent sînt utilizate cu succes preparate „umanizate” sau „maternizate” de tip Humana 0, 1, 2, Similac, precum și „semiumanizate” (Robolact, Robaby A, Robaby B).

Rația alimentară se stabilește în funcție de calorii și de lichide: în trimestrul I de viață 110—120 cal/kg/zi și 150—180 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul II 100—120 cal/kg/zi și 130—160 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul III 100 cal/kg/zi și 110—140 ml/kg/zi, iar în trimestrul IV de viață 100 cal/kg/zi și 100—120 ml/kg/zi. Numărul de mese cuprinde: 6—7 în prima lună, 6 pînă la 2—2 $\frac{1}{2}$ luni, 5 după 3—3 $\frac{1}{2}$ luni. Încă de la o lună și jumătate începe introdu-

cerea sucului de fructe, la 3—4 luni trecînd la diversificarea alimentației prin introducerea treptată a supei de zarzavat, făinosului de lapte, mesei de fructe, pireului de legume, cărnii de pui sau de vacă, supei de carne, gălbenușului de ou, brinzei de vaci, iaurtului. Introducerea acestor alimente se recomandă cînd sugarul este sănătos, ea făcîndu-se în cantități progresive, cu lingurița, niciodată simultan cu un alt aliment.

Perioada de copil mic, antepreșcolar (de la 1 la 3 ani) prezintă următoarele caracteristici: încetinirea ritmului de creștere (greutatea crește cu 3 kg între 1 și 2 ani, cu 1,5 pînă la 2 kg de la 2—3 ani, iar lungimea cu 12 cm de la 1—2 ani, cu 10 cm de la 2—3 ani), modificarea raportului între cap, trunchi și membre, completarea primei dentiții de lapte—20 dinți de la 6 luni la 2 $\frac{1}{2}$ ani, dezvoltarea funcției locomotorii, dezvoltarea continuă a scoarței, ce facilitează formarea reflexelor condiționate, cu-vîntul căpătînd valoarea unui nou sistem de semnalizare, de unde decurge marea importanță a educației co-

pilului pentru formarea bunelor deprinderi. Acum alimentația tinde să se apropie de cea a adultului, necesitățile de calorii sînt mai reduse (70—80 cal/kg/zi); numărul de mese după 2 ani poate fi de 3 mese principale și două gustări (fără dulciuri între mese). Patologia dominantă la această vîrstă este reprezentată de accidente, intoxicații, boli intercurrente, unele tulburări de comportament prin defecte de îngrijire. Se impune supravegherea foarte atentă a copilului, deoarece el scoțosește acum peste tot, apucă orice, gustă tot ce-i cade în mînă.

Necesitățile de somn ale copilului sînt: pentru nou-născut 21 de ore, pentru copilul de 1 an — 13—15 ore, de 3 ani — 13—14 ore, de 5 ani — 12—12 $\frac{1}{2}$ ore și apoi 10—12 ore (nu sub 10 ore) în copilărie.

Dezvoltarea neuropsihică în prima copilărie se apreciază după parametrii de dezvoltare motorie, cognitivă, a vorbirii și social-afectivă. Prezentăm în continuare cîțiva parametri:

Dezvoltarea motorie: ține capul drept la 3 luni; șade nesprijinit la 6—8 luni; se ridică singur în picioare, agățîndu-se de grățiile patului la 9 luni; poate prinde și ține un obiect mic cu policele (degetul mare) și arătătorul la 11 luni; face primii pași singur la 12 luni; aleargă bine la 18 luni; se urcă singur pe scaun, în pat la 24 de luni; sare pe loc cu ambele picioare la 27 de luni; merge în virful picioarelor la 30 de luni; urcă și coboară singur scările la 36 de luni.

Dezvoltarea cognitivă: își recunoaște mama la 3 luni; diferențiază biberonul de jucărie la 6 luni; reacționează

Dr. Arghir POPESCU
director al Spitalului clinic
de copii „23 August” —
București

(Continuare în pag. 75)

Pubertatea PUNTE DE LA COPIL LA ADULT

Epocă de tranziție de la copil la adult, prin frumusețea și dramatismul ei, pubertatea a inspirat artiști și scriitori, prin complexitatea ei a interesat biologii, psihologii, antropologii, geneticienii, iar prin particularitățile inserției lor sociale — sociologii și etnologii. Dar poate nici unul din specialiști n-a pătruns mai adânc mecanismele de bază ale acestei transformări cum au făcut-o endocrinologii. C.I. Parhon spunea, pe bună dreptate, că hormonii acționează asupra substanței vii ca dalta sculptorilor asupra marmurii, că această modelare a organismului își găsește expresia optimă la pubertate, când se dezvoltă caracterele sexuale secundare proprii sexului respectiv și se definitivează creșterea.

Dacă pubertatea este o epocă a cărei apariție este codificată genetic după specie, la om, cu unele particularități corelate mediului, transformările dramatice ale organismului, inclusiv a celor comportamentale, sînt rezultatul acțiunilor hormonale. Această epocă se pregătește lent. În copilărie glandele sexuale sînt în repaus, primele semne de activitate apar între 9 $\frac{1}{2}$ și 13 $\frac{1}{2}$ ani la băieți, ceva mai devreme la fete, adică între 8 $\frac{1}{2}$ și 13 ani. Intervalul de timp de la apariția primelor semne pînă la maturajul complet sexual este estimat la circa 3 ani, cu o accelerare în a doua jumătate a perioadei. Declanșarea pubertății se datorează unei desinhibiții a sistemelor neuro-endocrine (hipotalamo-hipofizare) situate la baza creierului. Sistemele eliberează, între alți hormoni, și hormoni specifici — hormonii gonadotropi, care controlează funcția gonadică, adică a glandelor sexuale: testicule la sexul masculin, ovare la cel feminin. Acest mecanism gonadotrop, inhibat în perioada copilăriei, explică dealtfel apariția pubertății precoc, situație în care leziuni ale sistemului nervos central sau factori încă necunoscuți (forme idiopatice) produc o desinhibiție timpurie și pubertatea poate fi prezentă încă din primul ani de viață.

Glandele sexuale, stimulate prin hormonii gonadotropi, secretă la rîndul lor hormoni sexuali, care, prin acțiunea lor, vor dezvolta caracterele sexuale secundare, specifice sexului respectiv. Testiculul secretă predominant hormoni androgeni, de tipul testosteronului. Aceștia dezvoltă organele sexuale externe și glandele accesorii, pilozitatea cu topografia caracteristică sexului masculin, îngroșarea laringelui, dezvoltarea musculaturii și scheletului. Ovarul secretă predominant hormoni de tipul estrogenilor, importanți în dezvoltarea tractului genital, a glandelor mamare, a țesutului adipos cu topografia caracteristică sexului feminin, a caracteristicilor scheletului feminin (bazin mai larg). Secreția hormonilor androgeni sau estrogeni este predominantă în raport cu sexul pentru că, în realitate, atît testiculul cît și ovarul secretă ambele categorii de hormoni, predominanța fiind dată de gonadă. Dealtfel, hormonii sexuali, hormonii cu structură steroică, au origine comună, estrogenii derivînd din androgeni activi, ca testosteronul, sau din precursorul lui inactiv androstenedionul. Mai mult, hormoni de tipul celor sexuali pot avea și sursă extragonadală, fiind secretați și la nivelul glandelor corticoadrenale. Steroizii sexuali corticoadrenali au activitate hormonală slabă, dar pot fi convertiți în hormoni sexuali activi, de tipul testosteronului sau estrogenilor, în țesuturile periferice (ca în țesutul adipos) sau în plasmă, inter-



venind astfel și ei la dezvoltarea caracterelor sexuale secundare. Această mixtură de hormoni masculini și feminini cu dublă origine gonadică și corticoadrenală, cu interrelații complexe, de cooperare, opuse sau independente, explică unele caractere feminine tranzitorii care pot apărea la băieți în perioada pubertară (ca, de pildă, dezvoltarea glandelor mamare) sau masculine la fete (ca dezvoltarea pilozității cu topografie caracteristică sexului opus). În cazuri patologice, cînd raportul dintre hormonii androgeni și estrogeni depășește limitele acceptate ca normale pentru sexul respectiv, procesele de femininizare la băieți sau de virilizare la fete pot influența însăși dezvoltarea caracterelor secundare, a organelor sexuale externe, glandelor mamare etc.

Un aspect corelat epocii pubertare este creșterea în înălțime. Hormonii sexuali, în special androgenii, stimulează creșterea în înălțime, dar, în același timp, și osificarea cartilajilor de creștere. Epoca pubertară se caracterizează printr-o rapidă creștere în înălțime, după maturajul sexuală sporul de creștere fiind mic, cartilajii osificîndu-se treptat. Procesul apare foarte clar în pubertatea precocă, cînd într-o primă perioadă creșterea este mai mare față de vîrsta copilului, dar cartilajii osificîndu-se de timpuriu, înălțimea definitivă este mult sub valorile normale. În toate țările dezvoltate sau în evoluție economică se înregistrează o tendință la coborîrea vîrstei pubertare, o pubertate timpurie, nu precocă, însoțită totuși de creșterea taliei.

Rolul hormonilor sexuali asupra sistemului nervos central a fost, de asemenea, cercetat, dar li-

mitat la comportamentul psihosexual, deși, direct sau indirect, prin intermediul altor hormoni și neurohormoni, ar putea interveni și în maturarea altor centri nervoși și ar explica unele acțiuni și reacții caracteristice epocii pubertare, ca: nevoia de independență, agresivitate, crearea unor mecanisme de apărare și altele. În ce privește comportamentul psihosexual, genul individului, adică propria identifi care sexuală, apare de timpuriu și a fost corelată mai mult factorilor de mediu, familiali și sociali. Cercetările experimentale din ultimii ani la variate specii, ca și observațiile la om sugerează că genul individului trebuie corelat cu acțiunea foarte timpurie, încă din viața intrauterină, a hormonilor fetalii androgeni asupra centrilor neuroendocrini hipotalamo-hipofizari, care reglează funcția glandelor sexuale, hormonii sexuali secretați în perioada pubertară acționând în direcția acestei orientări hormonale inițiale. Unele deviații ale comportamentului sexual care apar în perioada pubertară sau postpubertară se explică printr-o maturare incompletă, când sînt tranzitorii, dar și printr-o alterare a sistemelor neuroendocrine încă din perioada fetală, cînd au tendința la permanentizare.

Aspectul social privind în special integrarea tinerilor în viața socială a fost cercetat de etnologi și sociologi. Primii s-au interesat de riturile diverselor popoare de-a lungul secolelor, între care așa-zisa inițiere, prin care de fapt se evaluau și se consolidau unele calități fizice și comportamentale ale tinerilor care urmău să intre în grupul adulților. Sociologii au studiat comportamentul social al tinerilor, influențele mediului familial și social, delinvența etc. Din- totdeauna s-a vorbit de conflicte între generații care

au existat și există, dar nu prezintă o problemă, deoarece forța de integrare socială este puternică și, pe măsura înaintării în viață, conflictele se sting. Poate prezenta o problemă numai prin faptul că perioada adolescenței este mai prelungită prin debutul mai timpuriu și timpul de școlarizare mai îndelungat, dar aceasta se rezolvă prin intensificarea și lărgirea educației, cunoașterea eliminînd așa-zisele probleme.

Este perioada în care tinerii trebuie să conștientizeze faptul că dezvoltarea armonioasă a organismului presupune o viață echilibrată, cu alimentație adecvată, cu ore de repaus respectate, cu exerciții fizice adaptate, această perioadă tranzitorie fiind esențială pentru perioada următoare, de adult. Dar adolescența înseamnă și o perioadă de mari transformări, în care receptivitatea este maximă, creierul, din simplu recipient de acumulare a informațiilor, devine capabil de selecționare; este perioada percepțiilor afective, aceste forțe active care vor deveni emoții și pasiuni, epoca dezvoltării imaginației, care, după Sartre, definește raportul între conștiință și obiectul imaginar, epoca visurilor și creațiilor, a evoluției inteligenței practice în gândire conceptuală. De aceea, această perioadă nu trebuie risipită în acțiuni mărunte, la modă (nopti pierdute, muzică zgomotoasă și dansuri oboseitoare, alcool, tutun, lecturi și film în care violența este baza acțiunii). Fiind o epocă unică pentru dezvoltarea fizică și intelectuală, se cere folosită cu grijă și responsabilitate pentru a nu fi regretată mai târziu.

Prof. dr. Marcela PITIȘ

Urmare din pag. 73

imediat la pronunțarea numelui său la 8 luni; caută și găsește o jucărie ascunsă sub șervet la 10 luni; recunoaște cinci părți din corp și le arată la 21 de luni; cunoaște două poziții spațiale (sus, jos) la 33 de luni; deosebește două culori, două forme, două lungimi la 36 de luni.

Dezvoltarea vorbirii: emite primele silabe la 8 luni; pronunță primul cuvînt la 11 luni; formulează primele propoziții simple la 21 de luni; reproduce poezii la 33 de luni; folosește corect pluralul la 36 de luni.

Dezvoltarea social-afectivă: zîmbește la 2 luni; ride în hohote la 4 luni; începe (vrea) să se dezbrace singur la 12 luni; începe să se îmbrace singur la 30 de luni; se apropie de alți copii, se joacă cu ei la 36 de luni.

Cea de-a doua copilărie, vîrstă preșcolară (de la $2\frac{1}{2}$ — 3 ani la 6 ani) prezintă următoarele caracteristici: creșterea mult mai lentă față de perioada precedentă (greutatea este de 5 ori mai mare la 5 ani față de naștere, talia se



dublează la 4 ani), modificarea raportului între diferitele segmente ale corpului, dezvoltarea din ce în ce mai complexă a sistemului nervos central, implicit a gândirii, vorbirii, locomoției, ce duce la o mai mare autonomie a copilului, cu consecința necesității unui spațiu mai mare pentru desfășurarea activității sale, dominantă activității la această vîrstă fiind jocul (de aici decurgînd și nevoia de colectivitate). Necesitățile nutritive sînt mai reduse decît în perioada precedentă, copilul consumînd la această vîrstă aproape toate alimentele indicate vîrstelor mai mari. Nevoile de vitamine se satisfac din alimen-

tație cu excepția vitaminei D, indicată a se da copilului în primul an de viață tot timpul anului, iar apoi în lunile reci ale anului (lunile ce în numele lor au litera „r”).

Deoarece acum începe formarea personalității copilului, este absolut necesar ca părinții și educatorii să se ocupe permanent de acesta, ascultîndu-l cu răbdare și răspunzîndu-i calm la toate întrebările (este vîrstă întrebărilor: de ce? pentru ce?). De asemenea, se recomandă utilizarea din plin a factorilor de călire a organismului: apă, aer, soare, mișcare, astfel ca la vîrsta de 6 ani copilul să fie apt pentru școlarizare. Examenul de bilanț ce se face cu această ocazie permite aprecierea dezvoltării fizice și psihice a copilului (capacitate de înțelegere lexicală, memorie, atenție, concentrare, înțelegere, reprezentare), numai o bună dezvoltare a copilului dîndu-ne certitudinea că este capabil să facă față efortului care-l așteaptă în următoarea etapă de viață, deosebit de importantă, vîrstă școlară.

ALIMENTAȚIA ÎNTRE 4 ȘI 24 DE LUNI-UȘOR DE REZOLVAT



Asigurarea unei hrane corecte în primul an de viață, perioadă în care se realizează trecerea de la alimentația naturală la cea specific umană printr-o metodică diversificare, deziderat major al menținerii sănătății, este realizat astăzi și cu sprijinul industriei noastre alimentare care în ultimul timp a realizat un important sortiment de creme și pireuri din legume și fructe, în amestec cu alte alimente, destinate copiilor între 4 și 24 de luni.

Majoritatea acestor produse, gata preparate, care pot fi utilizate ca atare sau ușor încălzite (pireurile), cu condiția de a fi imediat consumate, oferă avantaje reale: reducerea timpului și efortului necesitat de pregătirea lor în familie, precum și faptul că sunt realizate de specialiști din industria alimentară pe baza unor rețete întocmite de medici — pediatri și nutriționiști, și apoi supuse unor probe de laborator și testări.

Introduse în alimentația copiilor aflați sub supraveghere medicală, noile produse au confirmat rolul lor în diversificarea și raționalizarea hranei între 4 și 24 de luni, în asigurarea creșterii și dezvoltării armonioase a organismului, fiind folosite la 1—2 mese dintre cele 4—5 ale zilei.

Demne de reținut, îndeosebi de mame, sînt însă și unele recomandări ale specialiștilor: preparatele să se introducă treptat pînă cînd copilul se obișnuiește cu ele, iar cele fluide să fie înglobate în supe și alte mîncăruri.

ÎN LABIRINTUL DRAGOSTEI PĂRINTEȘTI

De la pedagogie, ca știință a educației, se așteaptă adesea soluții sigure pentru depășirea oricărui impas. Unii părinți chiar cred că ar exista undeva, în vreun tratat știut numai de puțini beneficiari norocoși, cheia de rezolvare a tuturor problemelor, metoda miraculoasă prin care se împlinesc dorințele și planurile făcute pentru viitorul copilului. Confrunțați zilnic cu tot felul de situații, educatorii au însă nevoile de orientări precise. Ei vor să știe, de pildă, ce trebuie făcut dacă un copil minte, dacă e timid, lenes sau încăpăținat, după cum le-ar fi util să afle cum se poate evita de la bun început ca răul să apară, ori cum să stimuleze dezvoltarea însușirilor pozitive, prezente în caracterul și comportarea copilului.

Se practică o sumă de metode de educație, de la exemplu la recompense și pedepse. Se vorbește mult de climat educativ familial, de tact și talent pedagogic, deși, în general, nu se prea cunoaște sensul exact, complet, al acestor noțiuni și, mai ales, modul de a le valorifica în practica educației. Nici cu dragostea părintească lucrurile nu sînt mai clare. Are ea vreun rol în creșterea copilului sau e preferabil să ne lăsăm ghidați doar de rațiune circumspectă, rece? Cum e mai bine — să fim bun, îngăduitor sau să-ți clădești autoritatea și influența pe fundament solid de severitate și exigență dirză? Care copii sînt mai reușiți, cei ai părinților foarte iubitori, „slabi”, ori, dimpotrivă, cei care au fost conduși cu „mîna de fier”?

Absolutizările, cu într-o direcție și în cealaltă, sînt infirmate de realitate. Nu se poate pretinde că forța dragostei părintești este atât de mare încît, prin ea singură, ar putea duce la succesul educației; după cum nici că tocmai dragostea de părinte ar fi pricina eventualelor eșecuri cu copilul.

Dacă există conflicte între părinți și copii, dacă se împletesc cu greu punți de comunicare și de înțelegere între generații este poate și din cauză că nu prea știm cum să dozăm dragostea, acest element afectiv implicat firesc în relația educator-educat.

Încă de mici, copiii identifică, perspicaci, sentimentele părinților față de ei prin anumite manifestări tipice și ajung repede la concluzia simplificatoare că au părinți buni sau, dimpotrivă, răi. Pentru un preșcolar e bună mama care îl lasă nestîngherit să se joace cît vrea el sau tatăl care îl aduce bomboane. Dacă însă aceiași părinți îl obligă să se spele pe dinți înainte de culcare sau să-și bea laptele dimineața — nu mai sînt buni.

„Aș vrea să flu în locul lui Dinu — afirma un elev din clasa a III-a în răspunsul la un chestionar dat de noi — pentru că are părinți mai buni decît ai mei și nu-l pun să doarmă după-masă”. Iar o altă elevă, din ultimul an de liceu, tot cu prilejul unei anchete scria: „Pentru părinții mei eu nu însemn nimic. Nici o urmă de dragoste la ei față de mine, parcă n-aș mai fi copilul lor, de cînd le-am spus că vreau să mă fac actriță. Dacă m-ar iubi cît de puțin ar înțelege că, mai mult ca orice pe lume, eu îndrăgesc teatrul”.

Fapt incontestabil, copiii au nevoile de dragostea părinților, dar și mai mare nevoie au părinții să se știe iubiți de copii. Ca să dobîndească certitudinea că ocupă un loc în sufletul copilului, unii dintre ei sînt gata de orice concesi, de sacrificii chiar.

Întrebarea șicănătoare pentru copiii din toate timpurile: Pe cine iubești tu mai mult, pe mama sau pe tată? poate declanșa adevărate drame prin răspunsuri nedorite, prea sincere sau intenționat brutale. Copilul sesizează miza mare pusă în joc de părinte și încearcă un anumit șantaj afectiv, pretinzînd uneori și recompense ca să-și stabilească preferința și să-și liniștească părintele.

Dragostea părintească nu este însă un reflex direct al dragostei copiilor: generoși, noi nu drămuim strict ce dăm și ce primim. Mai importantă decît grija pentru un schimb echitabil de afectivitate între noi și ei este calitatea dragostei noastre. E dragostea oarbă care ne întuneacă mintea și ne ascunde tot ce nu ne-ar conveni să vedem și e dragostea neangajantă, senilă, doar dragoste, fără răspunderi și griji de educator.

E dragostea chinulită care tulbură somnul și munca părinților, permanent temători să nu se întîmple ceva rău cu copilul și e dragostea tiranică, în numele căreia, geloși, nu admitem ca altă ființă să ne concureze în dreptul exclusiv de a primi toată dragostea copilului noi și numai noi.

E dragostea constantă, înțeleaptă, care face casă bună cu gîndul cumpătat, cu voința și discernămintul nostru și mai e un fel de dragoste cu năbădăi, gata oricînd să se transforme în plictis, în furie, în indifferență sau în adorație.

E o dragoste profundă, fermă, mobilizatoare, prin care un părinte găsește puterea să treacă peste greu și dragostea declarativă, care se oprește la sărutări și la „mîncă-l-ar mama”.

E dragostea vinovată, selectivă, cam egoistă, revărsată numai asupra unuia dintre copii, de la care ne vin mai ales bucurii, și e minunata dragoste de părinte drept, obiectiv, care ajunge pentru fiecare dintre copiii săi, iubiți în egală măsură și pe fiecare într-un mod unic.

Mai e lipsa de dragoste a părintelui care nu și-a dorit copii și care nu e capabil să vibreze afectiv nici măcar cît animalul pentru puțul său.

Față în față cu acest adevărat labirint al propriilor sentimente, cum să ne orientăm? Ce minte atotcuprinzătoare, în care tratat de pedagogie să poată fi strînsă multitudinea de situații concrete, cu modul ideal de procedat în fiecare caz? Dacă pedagogii nu se pot încumeta să prescrie repere și indicații certe pentru atitudini și măsuri educative, părinții pot fi totuși îndemnați să-și facă un aliat din propria lor dragoste față de copii. Să înțeleagă că nu e de glumit cu acest sentiment profund uman și că tocmai din dragoste e nevoie să fie și drepti, și severi, și înțelegători, și fermi. Și chiar dacă s-ar întîmpla să le spună o dată copilul „nu te mai iubesc”, să alba țaria de a merge mai departe, de „a tăia în carne vie”, dacă sînt convinși că astfel este spre binele și fericirea copilului!

Luminița GHIVIRIGĂ
doctor în pedagogie

NEVOIA DE AFECTIUNE

Dintotdeauna copiii au resimțit nevoia de afecțiune, de iubire, de dragoste. Și nu numai ei.

Această trebuință a sufletului uman de simpatie, de iubire o observăm la copiii noștri, care așteaptă ca fiecare gest și pas pe care îl fac să primească aprecierea noastră, de regulă pozitivă. Aprecierile îl stimulează, îl emulează, îl dau încredere în sine și îl conduc la autodepășire.

Desigur, majoritatea covârșitoare a părinților se străduiesc, depun toate eforturile pentru ca micuții lor să crească sănătoși și fericiți. Uneori îi copleșesc însă cu această afecțiune, ceea ce, firește, dezvoltă la copil, și mai ales la cel unic, atitudinea de răstăf, egoismul și tendința de supraevaluare. Dar mai sînt și situații cînd aproape fără știrea lor părinții intervin cu brutalitate în acest fraged lăcaș în plin proces de formare și dezvoltare, de descoperire a lumii și

încercare de pătrundere a sensului existenței, care este sufletul copilului.

Nenumărați medici și educatori au constatat în bogata lor experiență efectul pustilor pentru simțămintele acestuia al neînțelegerilor dintre părinți.

Cînd copilul este transformat în martor sau avocat al uneia dintre părți, el, care lubuște deopotrivă și pe mama, și pe tata, înțelege, acceptă cauzal de partea cui este „dreptatea”, dar în adîncul sufletului său nu poate să-l condamne pe celălalt, pentru că și pe acela îl lubuște la fel de mult. Și atunci, pus să aleagă de partea cui este, el devine nesigur, încearcă fenomenul trăirii simultane a unor simțăminte potrivnice în raport cu unul dintre părinți și de revoltă față de situația globală a familiei sale astfel creată. Apare starea de ambivalență, de oscilație între atașament și recunoașterea vinovăției la unul și același părinte pe care copilul, evident, o poate depăși cu greu și care lasă urme în mentalitatea și comportamentul său de mai târziu.

Deși rar și fără voina lor, sînt și părinți care creează la copil această stare de inversiune afectivă, de transformare bruscă a sentimentelor sale în opusul lor, în resentimente față de celălalt părinte, pentru unul simpatie, atașament, pentru celălalt, indiferență, ostilitate, aversiune, utilizînd, pentru a-l convinge pe copil, argumentul cuvîntului, dar și al constrîngerii. Confruntat cu asemenea evenimente, el este trist, se simte abandonat hazardului, obosit și inhibat, neînțelegînd adevărata cauză a suferinței sale. Acești copii nu pot înțelege de ce trebuie să „medieze” el în problemele celor mari, de ce trebuie să renunțe sau mai vadă pe mama sau pe tata, gustă nefericirea, devin irascibili, nervoși, neliniștiți, neatenți la școală, turbulenți.

Asemenea situații pot apărea nu numai în cazul copiilor a căror familii s-au dezintegrat juridic, dar chiar în unele în care apare „divorțul psihologic”, acea stare de tensiune sau respingere dintre părinți fără ca ea să fie explicită, declarată și recunoscută ca atare.

Întîlnim astfel eșecul școlar, care nu este determinat de dificultățile intelectuale ale copilului, de tulburări ale capacității lui de înțelegere, de pătrundere a sensului celor propuse pentru învățare, ci de descurajarea și apatia lui, etichetat pe nedrept ca leneș, stări provocate de un mediu familial precar, lipsit de bunăvoință, de calm și de securitate.

În loc de siguranță, înțelegere și încurajare, el „beneficiază” în asemenea familie de lipsă de calm, de învinuire, de instabilitate și incoerență. Dacă un astfel de copil prezintă și o fragilitate fiziologică — tulburări ale vederii sau auzului, întîrzieri în dezvoltarea statură-ponderală, lipsa poftei de mîncare sau tulburări ale somnului — ultimele două constituind de regulă cauze ale insuccesului școlar, dar și efecte ale stării sale afective, acestea nu pot indica o relație circulară între caracteristicile bune sau mai puțin bune ale mediului familial, starea de sănătate a copilului și randamentul său școlar. Fiecare dintre aceste trei elemente poate fi considerat nu numai cauză a celorlalte două, dar și efect al acestora.

În societatea noastră munca este considerată ca o valoare de prim ordin. Ucenicia pentru muncă, dragostea de muncă trebuie educată de timpuriu, odată cu primele deprinderi, dar nu impusă ca o presiune exterioară și în contradicție cu interesele copilului. El va lucra — în sens larg, dacă este elev va învăța, va ajuta la treburile gospodărești etc. — atunci cînd munca îi produce plăcere, deoarece este încurajat, stimat și mai ales cînd își va da seama că și părinții săi lucrează cu plăcere, au interes. Trebuie să evităm ca „munca bucurie” să se transforme în „muncă impusă”. O mamă care se plînge continuu de oboseala consecutivă muncii zilnice este greu să se aștepte ca fetița sau băiatul ei să privească munca drept o sursă de satisfacție. Adesea, noi, părinții, ultim un lucru esențial: nici o bucurie nu este mai mare decît aceea pe care o oferă satisfacția propriei activități. Sînt părinți care constată cu mirare că dintre toate jucăriile, care de care mai ingenioase, pe care le-au dăruit fiului sau fiicei lor, cea mai dragă, cea mai frecvent utilizată de copil este aceea „construită”, făcută de el din resturile altora sau din obiecte simple, aflate la îndemîna sa. E cea mai lu-

bită pentru că este opera minilor, minții și sufletului său.

Experiența a dovedit că cea mai bună morală o constituie exemplul părinților. Este greu de crezut că un copil va fi ordonat dacă tatăl său sau mama sa nu sînt, că va fi respectuos dacă el nu se vor respecta sau dacă nu vor respecta pe ceilalți, că va fi onest dacă este „învățat” să dea alte răspunsuri decît cele adevărate, la telefon, cunoscuților, vecinilor.

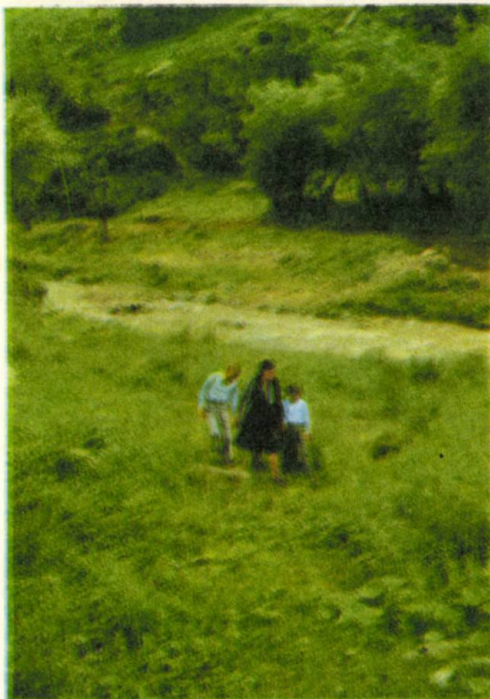
Ceea ce pe scurt și literar numim suflet ascunde în realitate o construcție psihologică de experiențe și reacții umane extrem de complicată, legate între ele, începînd cu primele senzații și terminînd cu formarea propriului sistem de valori. Nu vom putea asigura sănătatea copilului de azi, a tînrului și maturului de mâine, de care societatea are atîta nevoie, dacă nu ne vom ocupa sistematic de aceste complicate, dar atît de delicate și în același timp importante aspecte ale dezvoltării sale psihice.

Odată cu dezvoltarea capacității lui de cunoaștere și disponibilităților psihomotorii, cu dezvoltarea limbajului, o atenție specială va ocupa cultivarea relațiilor lui cu ambianța, pe care specialiștii o denumesc sănătate mintală. Aceste relații pe care treptat copilul și le organizează cu toți cei care îl înconjoară, îl ajută să-și însușească experiența omenirii, să o folosească și, fără îndoială, peste ani să contribuie la îmbogățirea acesteia.

O dezvoltare afectivă bogată, semnificativă și cu deschidere spre ceilalți, fundamentată pe marile și adevăratele valori umane — cinste, solicitudine, eficiență — este de natură să consolideze sănătatea mintală a copilului, componentă a sănătății în genere, într-o lume în care tendința de schimbare și înnoire a devenit permanentă.

Asemenea existență angajează persoana în toate tipurile de relații pe care și le organizează — relații față de muncă, față de învățătură dacă e elev, față de ceilalți și față de sine — la modul plener, conferindu-i astfel satisfacție, împlinire.

Lucia PIETRARU
psiholog





UN ALIAT PENTRU TOATĂ VIAȚA!

Se cunoaște azi cu destulă exactitate că progresele tehnice care ușurează simțitor viața ființei umane vis-à-vis de condițiile de existență cotidiană din deceniile trecute au și un coeficient de risc, care, neluat în seamă, se poate reîntoarce ca un veritabil bumerang asupra biologiei umane: scăderea cotei de efort psiho-fizic pentru făurirea bunurilor materiale și a traiului zilnic poate predispute la unele manifestări negative, dintre care cele mai redutabile sînt sedentarismul cu hiperponderea corporală, stresul cu diverse manifestări, cum ar fi hipertensiunea arterială, suprasolicitarea neuro-psihică etc. și dezadaptarea la muncă și viață. Tocmai de aceea oamenii de știință atrag atenția în mod serios de aproape trei

decenii asupra acestor riscuri și mai ales asupra remediilor care pot evita neajunsurile semnalate, asigurînd în același timp o optimizare a procesului muncii, a dezvoltării și perfecționării biologiei umane.

Dintre aceste remedii, „medicamente miraculoase”, sportul s-a dovedit aliatul cel mai prețios pentru toată viața.

Înainte de a aborda acest subiect de pe poziții practice, concrete, vom face referiri la concluziile unor studii efectuate sub egida UNESCO și FIMS (Federația internațională de medicină sportivă) la care și țara noastră, alături de U.R.S.S., Japonia și Italia, a participat ca stație-pilot a acestei cercetări. Examinîndu-se complex sportivii participanți la Jocurile olimpice de la Melbourne (1956) la 20—25 de ani de la încetarea activității sportive, s-au evidențiat următoarele aspecte medico-biologice: standard sanogenetic cel puțin egal populației nesportive (în nici un caz inferior); dezvoltare fizică superioară lotului martor nesportiv (greutate corporală reală și ideală, compoziție corporală, forță musculară); stare funcțională net superioară față de martori (indicatori cardiorespiratori, EKG de repaus și efort, capacitate de efort aerob, indicatori neuropsihici și neuromusculari, indicatori metabolici și hematologici, toți acești parametri fiind determinați dimineața „à jeun” și după un efort standard în laborator). Acești indicatori au fost cu atît mai favorabili cu cît subiecții au continuat și după sistarea activității sportive să practice chiar sporadic unele forme de mișcare organizată și sportivă.

Eufemistic, gerontologii afirmă că procesul de îmbătrînire a organismului uman ar începe chiar imediat după naștere sau după vîrsta de 1 an, ca atare lupta antiîmbătrînire ar începe chiar de la această etapă de viață; specialiștii în medicină sportivă înclină a da cîștig de cauză acestui punct de vedere dat fiind faptul că sporturile care contribuie la dezvoltarea și formarea ființei umane par a fi sinonime cu cele ce ar putea exercita efecte favorabile în profilaxia îmbătrînirii tisulare.

Abordînd așa-zisa „vîrstă I” sau vîrsta formativă a ființei umane, ne vom referi la perioada de viață cuprinsă între 1 și 18—20 de ani la fete și 21—24 de ani la băieți, limite considerate a reprezenta încheierea dezvoltării morfologice și funcționale a copilului și adolescentului. Înotul este consi-



derat azi sportul cel mai indicat și practicat la această vîrstă datorită multiplelor sale efecte (a nu se minimaliza cele social-utilitare), considerent pentru care însușirea lui începe azi la vîrsta de 2—3 ani; în aceeași categorie, bineînțeles nu ca activitate sportivă propriu-zisă, se înscrie și gimnastica (în fond exerciții de postură, mers, coordonare, balet, îndeminare), așa încît la vîrsta școlii ambele sporturi își găsesc o largă bază de selecție pentru viitorii performeri. Mersul, alergările, exercițiile atletice, jocurile cu mingea, chiar sub formă de întrecere, sînt binevenite și necesare, mai ales practicate sub incidența factorilor naturali de mediu: aer, apă, soare, care le sporește eficiența fiziologică. Sporturile de iarnă (patinajul, schiul, săniuța și... joaca cu și în zăpadă) și mersul cu bicicleta (bineînțeles trecînd conform vîrstei prin etapa tricicletă și trotinetă) se integrează benefic în acest ansamblu de activități sportive cărora ca igienă generală li se adaugă gimnastica igienică de înviorare și cea de întreținere.

Intrați în viața școlară, copiii își amplifică aceste practici, orizontul lor fiind atras de mirajul jocurilor sportive (fotbal, volei, baschet, handbal), sporturile de apă (vîslitul de exemplu), turismul și drumeția în orice anotimp. Asemenea activități sportive trebuie să reprezinte la această vîrstă circa 2—3 ore pe zi pentru a-și spune cuvîntul în direcția voită de noi. Poate părea paradoxal, dar, la diferite teste efectuate, tineretul nostru se dovedește subsolicitat, păs-

trînd serioase resurse biologice; or, subsolicitarea la această vîrstă este la fel de nocivă ca și suprasolicitarea pentru dezvoltarea armonioasă, multilaterală.

Primul Congres panpacific de medicină sportivă (Singapore, 9—11 octombrie 1977), dezbătînd relația dintre sport și sănătate, a ajuns la concluzia că omului contemporan îi sînt necesare zilnic minimum 2 ore de activități fizice și sportive pentru a avea asigurată o protecție relativă totuși împotriva bolilor civilizației moderne.

„Vîrsta a II-a“, vîrsta maturității biologice a ființei umane și a marilor creații, are nevoie de activități sportive pentru menținerea și chiar perfecționarea sănătății fizice și mentale, pentru accelerarea refacerii după muncă, pentru recreare și divertisment. Cele mai indicate și eficace sînt: mersul pe jos în ritm alert (1—2 ore pe zi la un ritm de 5—6 km/oră), alergarea în ritm stabil 15—20 de minute de 2—3 ori pe săptămînă (la o frecvență cardiacă de pînă la 140/minut), mersul pe bicicletă, înotul, patinajul și schiul, turismul și drumeția de orice natură, în general mișcarea în aer liber, care însă nu se substituie mișcării igienice de întreținere și refacere (gimnastica de înviorare și din pauza de producție). Cei care au practicat sportul în tinerețe își vor adapta relativ ușor un program rezonabil de mișcare absolut necesar unui organism supus solicitărilor profesionale din ce în ce mai mari. Caracterul continuu, sistematic, trebuie să fie dominantă activităților sportive la această vîrstă.

Iată-ne ajunși la „vîrsta a III-a“, vîrsta înaintată (în general după pensionare), la care acest aliat neprecupețit, sportul, capătă valențe medicale, dovedindu-se de neînlocuit pentru efectele de întreținere și corectare — atît cît se mai poate corecta — a unor deficite morfologice sau funcționale (ne referim la statică, la mers etc.).

Ținînd seama de realitățile sociale și biologice, recomandăm mersul pe jos (circa 1 oră pe zi în ritm de 4 km/oră), mersul pe bicicletă (circa 1 oră pe zi pentru satisfacerea unor nevoi de deplasare), grădinarit (evitînd pozițiile declive ale capului), pescuitul, mici activități gospodărești care nu reclamă încordări mari sau mișcări violente și poate, nu în ultimă instanță, „sportul minții“, șahul, ca și activitățile turistice pe vreme favorabilă (nu în frig, umezeală).

Rezultă deci că la realizarea și menținerea unei bune stări fizice și mentale — cerințe vitale ale omului contemporan — sportul concurează prioritar, dovedindu-se, după aprecierile oamenilor de deștință, un aliat inestimabil la toate vîrstele!

Conf. dr. Ioan DRĂGAN
director al Centrului
de medicină sportivă — București



Gosmetică

Știința modernă a demonstrat că pielea este un organ dotat cu funcții multiple, ea nu reprezintă un simplu înveliș protector al organismului.

Pielea constituie un barometru al sănătății, datorită faptului că între starea fiziologică generală și piele există o anumită interrelație, diferitele stări patologice ale pielii fiind de multe ori strins legate de stările patologice ale unor organe.

Orice dereglare a sănătății se repercutează și asupra tenului, fapt care era cunoscut încă din timpurile mai îndepărtate, când bolile erau diagnosticate, iar evoluția lor prevăzută în funcție de aspectul

și de culoarea tenului. Acesta este și înțelesul pe care îl au vorbele păstrate din bătrâni în legătură cu fașa omului pe care se citește totul „ca într-o oglindă”.

Nu există tulburare de oarecare importanță pentru organism care să nu aibă influență asupra pielii în general, și mai ales asupra tenului. Modul de trai, ca și modul de funcționare a organismului au un cuvânt greu de spus în întreaga noastră înfățișare. Astfel fiind, ideea de a rezolva problemele tenului numai prin îngrijiri externe, fără a urmări totodată menținerea unei bunăstări fizice și psihice este desigur eronată.

Tulburările digestive au o influență deosebită asupra tenului, între piele și organele digestiei existând o strinsă legătură. O alimentație rațională este bogată în vitamine și săruri minerale, lipsa acestora sau insuficiența vitaminei A determinând uscăciunea și descuamarea pielii; unele alimente introduse în organism pot provoca stări alergice, reflectate prin apariția unor eczeme, urticarii etc. care pot fi însă generate și de o proastă asimilare a proteinelor.

O alimentație bogată în grăsimi și hidrocarbonate mărește eliminarea de sebum, care, convenind tenului uscat, dezavantajează tenul gras și obligă la luarea unor măsuri în consecință.

Introducerea în alimentație a condimentelor și a băuturilor alcoolice poate provoca o vasodilație persistentă la nivelul feței.

Lenevirea intestinului și evacuarea lui la intervale neegale de timp duce la constipații, iar aceasta la erupții pe suprafața pielii, iritarea și

congestionarea tenului și chiar apariția coșurilor.

Stomacul prea încărcat, ficatul supus la efort prea mare, o digestie greoaie prin erupțiile care se pot ivi constituie un semnal de alarmă pentru îngrijirea sănătății, știut fiind că administrarea unui purgativ poate înlătura constipația numai pentru moment, fără a vindeca tulburările digestive respective. Constipațiile nu provoacă însă numai erupții, ci și alte neajunsuri, ca herpesul buzelor, mîncărimi ale pielii, consecințe ale unei digestii greoaie.

Starea psihică — tensiunea nervoasă — se observă deseori prin anumite exteriorizări ale feței. Astfel, o spaimă albește fața, emoția o roșește, nemaivorbind de șocurile puternic emoționale care pot determina chiar depigmentări sau apariția unor leziuni cutanate.

Tulburările glandelor endocrine „se citește” pe tenul nostru. În pubertate, cînd începe procesul de maturizare sexuală, se produc tulburări de secreție ale glandelor sebacee; pielea devine grasă, lucioasă, orificiile porilor — în caz de exces a secreției de sebum — stau întredeschise, favorizînd inflamații, acnee, piodermite.

În timpul menstruelor, la unele femei apar coșuri profunde, pete trecătoare sau cele existente se măresc, starea seboreică se accentuează, apar mai multe puncte negre și coșuri. Tratatamentul medical ușurează momentele neplăcute, putînd avea un rol pozitiv și în starea tenului, pielea redobîndînd luminozitatea în totul sau în parte.

Pe parcursul gravidității coșurile se răresc, activitatea glandelor sebacee scade, apar însă pete „cloasma” — masele sarcinii, o tulburare în distribuția pigmentului, datorată glandelor endocrine.

În sfîrșit, tot legăturii între factorii endocriini și piele i se datorează părul de prisos — hipertrichoză — de care suferă unele femei.

Circulația sanguină deficitară face posibilă o fragilitate a capilarelor mergînd pînă la cuperoză, boală care se remarcă prin colorația roșie-violacee a pomelilor. La apariția ei concurează unele boli de ficat, insuficiența ovariană, constipația, lipsa vitaminei P din organism, toate acestea determinînd capilarele să devină mai fragile. De această boală suferă persoanele care abuzează de cafea, băuturi alcoolice etc.

Deshidratarea se reflectă în starea generală a organismului, avînd influență și asupra tenului. Apa, reprezentînd două treimi din greutatea corpului, are o importanță deosebită pentru procesele fizice și chimice ce au loc în organism, dînd totodată tonicitate și elasticitate pielii. O piele normal hidratată este suplă, catifelată, elastică, pe cînd o piele deshidratată își schimbă culoarea, e favorabilă ridurilor, arată îmbătrînită.

Dar ridurile, zăbrăciturile, în majoritatea cazurilor scotite ca un proces normal al înălbirii în vîrstă, se pot forma și ca urmare a unei slăbiri rapide a organismului sau din cauza lipsei dinților. În primul caz se impune fortificarea organismului, în cel de-al doilea folosirea protezelor dentare. O mențiune ar mai merita făcută, și anume aceea că persoanele nervoase se ridează de obicei mai repede decît cele calme, deci dacă dorim să aminăm apariția ridurilor trebuie să ne menajăm și să ne îngrijim sistemul nervos. Tot astfel un regim de viață normal, cu influențele sale asupra sănătății noastre în general, are repercusiuni și asupra tenului; nopțile nedormite, consumul exagerat de băuturi alcoolice, cafele, au consecințele lor asupra sănătății noastre, favorizînd ridurile la pleoape, cearcănele la ochi etc., care cu timpul se adîncesc.

Și... reversul medaliei

Vorbînd despre influența sănătății asupra tenului să nu considerăm însă că și în situ-

ația în care sîntem sănătoși tenul neglijat nu are totuși influență asupra stării noastre de bine.

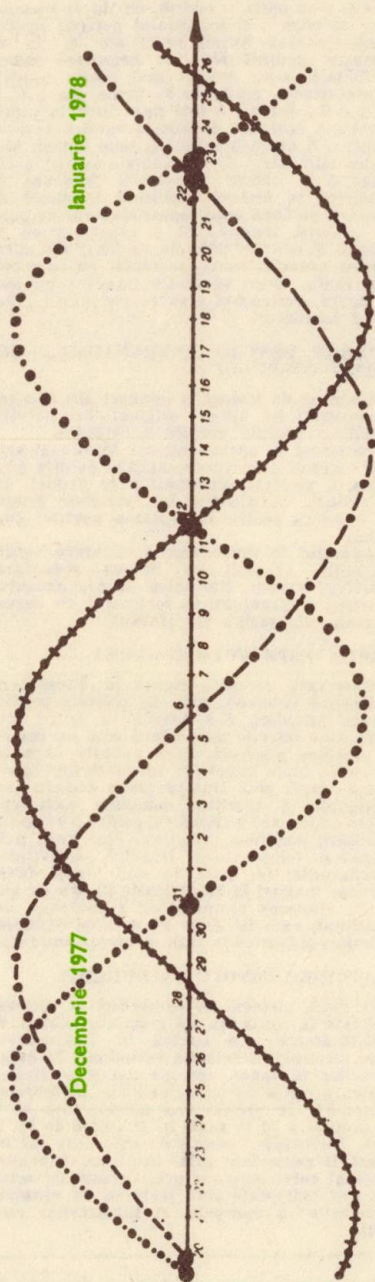
Să ne explicăm. Pielea are o reacție acidă cu rol de protecție contra microbilor, care se dezvoltă numai în mediu alcalin. În condițiile cînd o persoană se îngrijește insuficient, referindu-ne doar la curățirea obișnuită a tenului, transpirația, sebumul și scuamele cornoase care se elimină în mod normal, neîndepărtate prin îngrijirea zilnică vor astupa orificiile glandelor sudoripare și sebacee, urmare fiind, pe de o parte, tulburarea funcției normale a acestor glande, iar pe de altă parte prin descompunerea transpirației și a sebumului de la suprafața pielii, reacția ei acidă devine alcalină, oferind microbilor posibilitatea de a se dezvolta.

Îngrijirea pielii, menținerea ei în perfectă stare de sănătate și echilibru fiziologic formează obiectul cosmeticii, pe care dicționarul sănătății o definește ca o disciplină complexă de medicină curativă, anatomie și igienă, avînd ca scop înfrumusețarea corpului, pentru a păstra prospețimea pielii și aspectul ei de tinerețe... Cosmetica este totodată o artă care corectează imperfecțiunile, înfrumusețează, iar tehnicile folosite, pe lîngă aportul lor la menținerea organismului în bune condiții de igienă și sănătate, ajută totodată a da strălucire și a scoate în evidență unele trăsături și caracteristici proprii.

Cele cîteva aspecte prezentate trebuie să dea fiecărei femei de gîndit. Să nu ne limităm numai la aplicații cosmetice externe, să cercetăm cauzele tulburărilor, să le îndepărtăm adresîndu-ne medicului atunci cînd e cazul, făcînd în același timp și corecturile exterioare.

Ludmila COSMOVICI

RITMURILE VIEȚII ȘI ALE MUNCII



Cercetătorii care lucrează în domeniul unei noi științe care este **bioritmologia** afirmă că viața fiecăruia, de la naștere până la moarte, reprezintă o înlanțuire neîntreruptă a trei perioade biologice: fizică (de 23 zile), emoțională (de 28 zile) și intelectuală (de 33 zile).

Prima fază a fiecărui ciclu reprezintă partea sa pozitivă, a doua, partea negativă:

a) Primele 11,5 zile ale perioadei fizice sînt cele mai bune pentru o muncă impecabilă și intensă în producție. În a doua jumătate, energia și puterea scad sensibil, organismul obosește repede.

b) Faza pozitivă a perioadei emoționale (14 zile) se caracterizează prin buna dispoziție, omul este vioi, optimist și sociabil. În timpul fazei negative, omul este înclinat spre pesimism și proastă dispoziție.

c) În prima fază a perioadei intelectuale (16,5 zile) se asimilează bine texte dificile, nume, cifre etc. Este perioada în care se memorează cel mai bine instrucțiunile privind, de pildă, protecția muncii și exigență în ceea ce privește exploatarea și repararea utilajelor.

Punctul critic al fiecăreia din cele trei perioade este trecerea de la jumătatea pozitivă la cea negativă și viceversa.

Fiecare ciclu este o sinusoidă în care o jumătate de undă (pozitivă sau negativă) corespunde unei stări pozitive sau negative a organismului. Se cheamă **zi zero** sau critică momentul intersecției liniei zero (trecerea semiperioadei pozitive la semiperioada negativă și viceversa). În acest timp este perioada de „mutație” a organismului, cînd

- Ciclul psihic
- Ciclul emoțional
- - - - - Ciclul intelectual

omul este neatent, absent și distrat, cînd se întîmplă accidentele din motive subiective. E necesară o atenție deosebită mai ales în punctul critic al ciclului fizic. Fluctuațiile emoționale și intelectuale nu sînt așa importante prin ele însele, dar cînd ele coincid cu ziua critică a ciclului fizic, efectul total se accentuează. O dată pe an (la 248—249 zile) toate cele trei cicluri se întretaie la punctul zero; e ziua noastră cea mai incomodă, cea mai critică.

Pentru determinarea stării ciclurilor într-o zi anume se socotește numărul total al zilelor trecute de la naștere pînă la ziua care ne interesează inclusiv. Se împarte cifra obținută la numărul de zile ale fiecărui ciclu: mai întîi la 23 (ciclul fizic), apoi la 28 (ciclul emoțional) și la 33 (ciclul intelectual). Restul împărțirii indică starea fiecărui ciclu pentru ziua care ne interesează.

Să calculăm, de exemplu, bioritmul unui om născut la 22 septembrie 1944, la data de 1 ianuarie 1978. Înmulțind vîrsta (33 ani) cu 365 (zilele unui an), obținem 12 045 zile. Pentru anii bisecți mai adăugăm 8 zile. Mai sînt încă 102 zile de la 22 septembrie la 1 ianuarie inclusiv. Total 12 155 zile. Împărțim acest număr cu 23, 28, 33. Restul va fi respectiv 11, 3 și 11 zile. În consecință, acest om a început anul 1978 cu a unsprezecea zi a ciclului său fizic, a treisprezecea a ciclului său emoțional și a unsprezecea a ciclului intelectual.

Desenînd graficul, stabilim primele zile ale tuturor celor trei cicluri.

Astfel, prima zi a ciclului fizic este la 20 decembrie, a ciclului emoțional la 29 și a ciclului intelectual, de asemenea, la 20 decembrie. Pornind de la fiecare din aceste date numărăm în sus și în jos semiperioadele: 11,5 zile pentru ciclul fizic, 14 pentru cel emoțional și 16,5 pentru cel intelectual. Aceste intervale vor fi întretăiate pe linia zero. Este deci ușor de stabilit pentru omul nostru că 8 și 20 decembrie 1977 și 1, 12 și 23 ianuarie 1978 vor fi zilele defavorabile pentru ciclul fizic, mai ales 20 decembrie și 12 și 23 ianuarie pentru că acestea sînt puncte de convergență a cîte două cicluri la punctul zero.

Toate acestea nu înseamnă că în perioada negativă a bioritmului individual accidentul este inevitabil, că nu se poate face nimic. Dimpotrivă, luarea în considerare și analiza cauzelor subiective ale stării omului, cunoașterea „zilelor dificile” ale fiecăruia ajută la o mai bună orientare la locul de muncă sau pe stradă, îl ajută pe fiecare să se controleze mai atent în viața de fiecare zi.

(După SPUTNIK nr. 5/mai 1978)

Telex

BIOINGINERIA, ÎNCOTRO?

● După încercări succesive cu nylon, polieșter, teflon, silicon și poliuretan, cercetătorii s-au oprit la lexiină, un tip de cauciuc care se pare a fi materialul potrivit pentru confecționarea inimii artificiale. ● În ce privește motorul care să acționeze inima artificială, s-au propus mai multe modele miniaturizate, realizate de firme din S.U.A. și R.F.G., dar nu a fost pusă încă la punct problema energiei. ● Soluția optimă se pare totuși a fi aceea a utilizării unei baterii biologice alimentată de substanțele nutritive din sînge. ● În cadrul Academiei franceze de medicină se discută problema lentilelor de contact, pe baza unui raport elaborat de prof. dr. Gabriel Renard. El a constatat că în ultimii 5 ani 600 000 de pacienți au optat pentru această formă, protezări cu care cele mai înalte foruri medicale franceze nu sînt de acord, declarînd ceea ce s-a numit „războiul lentilelor”.

APARAT PENTRU ANTRENAREA... POZIȚIEI CORPULUI

Un grup de biologi și ingineri din Harkov a construit un aparat original care permite stabilirea poziției corecte a corpului.

Pacientul se așază într-un fotoliu și senzori extremi de fini consemnează poziția șirei spinării, prezintă informațiile pe display, iar specialiștii, cu ajutorul lor, stabilesc grupul de exerciții pentru îndreptarea poziției corpului.

Aparatul de antrenament va ajuta copiii, studenții, oamenii cu muncă sedentară, sportivii, artiștii din balet. Experimentarea practică a aparatului se realizează cu succes într-una din școlile din Harkov.

FEBRA ESTE FOLOSITOARE!

Observații recente, făcute în Franța de profesorul Cabanac, dau un răspuns pozitiv acestei întrebări. S-a dovedit că febra produsă de o infecție microbiană este un mijloc de apărare imediată, care permite organismului să lupte împotriva invadatorilor într-o primă etapă, pînă sînt pregătite armele perfecționate și specifice denumite anticorpi. Febra acționează pe două căi pentru a se opune avansării agenților infecțioși. Mai întîi, prin creșterea temperaturii frînează activitatea invadatorilor (se pare că unii viruși devin aproape inactivi la 39 de grade C). Pe de altă parte, creșterea temperaturii stimulează organismul, care își pune în acțiune sistemul imunitar și fabrică în ritm accelerat anticorpi.

ELECTROZI ÎMPOTRIVA DURERII

O nouă metodă de combatere a durerii, utilizată în Australia, dă rezultate extrem de satisfăcătoare. Ea constă în implantarea unor electrozi în coloana vertebrală, în cazul durerilor în spat, sau pe nervii periferici, pentru a ușura dureri ca cele ale „membrelor fantomă”. În primul caz ameliorarea ar fi de ordinul a 70 la sută, în al doilea de 90 la sută. Indicațiile vizează durerile care nu au putut fi controlate prin chirurgie, kineziterapie și chiar acupunctură. Cercetările actuale sînt îndreptate spre tratarea cu ajutorul electrozilor a epilepsiei și tulburărilor motorii.



CEE CE DEPINDE DE NOI

Examenle complexe ale stării de sănătate — la angajarea în muncă și periodic pe parcursul activității —, testele psihomedicale, alte probe ale capacității profesionale la care o importantă contribuție își aduc diverși specialiști — psihologi, sociologi, ergonomi — impune de continuă diversificare și perfecționare a procesului de producție și de

aparitia unor noi factori de risc ai sănătății de fiecare zi au evidențiat necesitatea cunoașterii profunde a posibilităților de ocrotire a sănătății adultului, realizate la scara întregii populații, cu participarea fiecărui individ.

Preocupată să traducă în viață activă politică sanitară a partidului și statului nostru, care situează în prim-plan prevenirea îmbolnăvirilor, neutralizarea factorilor de risc, recuperarea rapidă și cât mai completă a stării de sănătate, medicina românească a deschis o nouă direcție de cercetare și acțiune. Obiectivul ei — promovarea profilaxiei în beneficiul menținerii sănătății omului — constituie astăzi o preocupare prioritară nu numai a medicilor și personalului sanitar, ci a întregii societăți, în primul rând a fiecărui individ.

Noua concepție despre profilaxie a contribuit la promovarea educației sanitare, element cu rol hotărîtor în formarea unei noi opinii de masă față de sănătate și boală, față de capacitatea fiecărui om de a participa la apărarea propriei sănătăți și a colectivității.

În contextul acțiunilor educativ-sanitare, de înarmare a omului contemporan cu noțiunile necesare despre sănătate și posibilitățile menținerii ei, s-au înscris și coloevile revistei „Sănătatea”. Organizate și în acest an în Capitală, în numeroase localități ale țării, cu sprijinul organelor locale de partid și de stat, al comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie, al direcțiilor sanitare, al altor organizații de masă și obștești, coloevile s-au bucurat de participarea unor valoroși reprezentanți ai medicinei românești.

Dintre problemele de profilaxie dezbătute în cadrul coloevilor revistei „Sănătatea” prezentăm în paginile următoare câteva aspecte.



FACTORII DE RISC DE FIECARE ZI

În discuția ce se poartă astăzi cu privire la factorii care generează un risc crescut de îmbolnăvire a omului societății moderne, locul principal — cum este și firesc — îl ocupă factorii majori de risc, cum sînt alimentația nerațională (abuzivă sau deficitară), fumatul, poluarea mediului ambiant etc. Consider însă că accentul pus asupra acestor factori și activitatea de prevenire a bolilor sau a agravării lor nu exclude rolul altor factori de mai mică importanță în ce privește posibilitatea lor „prin sine” de a produce boala, factori care, din acest punct de vedere, pot fi considerați minori. Această

acțiune mai slabă asupra organismului nu justifică însă neglijarea lor, pentru că factorii minori de risc sînt foarte frecvenți, am putea spune comuni, în sensul că aproape fiecare dintre noi sîntem sub influența unuia sau mai multora dintre ei. De aceea, cred justificată discuția asupra unora dintre acești factori. Care sînt? Ce putem face pentru înlăturarea efectelor lor nocive asupra organismului?

Poate cel mai comun factor minor depinde de felul în care ne organizăm programul de lucru și orele de odihnă din cursul zilei, al săptămîinii, al lunilor, al anului. Să ne gîndim bine la necesitatea

organismului, pe de o parte, de a se adapta la condițiile de activitate, iar pe de altă parte de a se refăce în perioadele de odihnă. În acest sens există pentru fiecare profesiune sau activitate o serie de reguli a căror respectare devine un mijloc util de profilaxie. Să știm cum să ne odihnim, cât timp să dormim și să citim, să privim programul la televizor și să ascultăm muzică, să facem plimbări, sport și activități fizice în gospodărie sînt căile prin care ne consolidăm sănătatea, ne îmbunătățim capacitatea de apărare și adaptare, ne perfecționăm calitatea vieții.

Nu de mică importanță pentru menținerea sănătății noastre este și starea sistemului nervos. Se știe bine că stările de supraîncordare, de suprasolicitare nervoasă se însoțesc de o serie de tulburări din partea diverselor sisteme de reglare ale organismului: tulburări ale concentrației și memoriei, tulburări ale somnului, modificări în tonusul general (oboseală, astenie etc.), tulburări cardiovasculare (palpitații, puls frecvent, modificări ale presiunii arteriale etc.), tulburări respiratorii (senzație de sufocare, de apăsare toracică, de lipsă de aer, de pătrundere insuficient de adînc în plămîni a aerului etc.), tulburări digestive (senzație de greață, tulburări ale pozei de mîncare, deseori balonări, uneori diaree, alteori constipații), tulburări urinare etc.

Dacă stările de încordare nervoasă nu durează timp îndelungat, dacă sînt îndepărtate cauzele care le determină și, mai ales, dacă sînt eliminate și factorii care le favorizează, întreținerea (consumul de cafea sau alcool, uzul și abuzul de tutun, inițierea unor noi conflicte psihice sau continuarea celor inițiale, folosirea medicamentelor excitante etc.), tulburările amintite dispar și organismul uman reintră în funcțiunile sale normale. Dacă, însă, stările de

încordare nervoasă durează timp îndelungat, dacă se repetă des, sînt declanșate sau întreprinse de o viață nerațională (cu excesele și abuzurile menționate sau altele) și mai ales dacă nu se face apel la înțelegerea faptelor, fenomenelor și problemelor care stau la baza stării de încordare nervoasă, atunci tulburările diverselor sisteme și organe — începînd cu cele ale sistemului nervos — persistă, se organizează în tablouri clinice variate și, din simple tulburări funcționale, din simple simptome (trecătoare la dispariția cauzei) devin boli organice, boli cronice fără posibilitate de revenire completă la normalul morfologic și funcțional dinaintea îmbolnăvirii.

A cunoaște aceste mecanisme de îmbolnăvire înseamnă însă

și a le stăpîni. Cîte n-am avea de cîștigat dacă am înțelege că respectîndu-i pe ceilalți ne respectăm pe noi, dacă în loc să discutăm o problemă „de litigiu“ cu cel în cauză găsim de multe ori o rezolvare potrivită pentru ambele părți. Pentru că dialogul ne scapă de încordare, fiind mai natural și mai sănătos să te deschizi decît să te închizi în stările de încordare nervoasă. Deși viața oferă numeroase situații și factori de îmbolnăvire, în felul de a trăi putem găsi însă și mijloacele cele mai potrivite de luptă împotriva dușmanilor sănătății, împotriva dușmanilor vieții!

Prof. dr. Roman VLAICU
șeful clinicii medicale I,
I.M.F. — Cluj-Napoca

REZERVELE ORGANISMULUI UMAN

Orice activitate în procesul muncii presupune cheltuiala de energie, la care participă toate organele și sistemele —, îndeosebi aparatele cardiovasculare și respirator, sistemul neuroendocrin. Dar organismul are capacitatea să se adapteze efortului preponderent fizic sau intelectual depus în anumite limite și cu cît este mai antrenat, mai obișnuit la efortul respectiv, cu atît se va adapta mai repede și mai ușor, fără nici o consecință pentru starea sănătății sale.

Un rol important în adaptarea organismului în procesul muncii îl are aparatul respirator. Astfel, dacă în repaus omul sănătos respiră 5—8 litri de aer pe minut, în procesul muncii fizice volumul aerului respirat reprezintă 40—60 de litri pe minut și chiar mai mult, iar numărul respirațiilor poate crește de la 14—16 litri/minut la 20—

30 de litri/minut. Modificările respirației depind nu numai de intensitatea muncii, ci și de ritmul ei. Cînd efortul pretinde din partea aparatului respirator un aport rapid de oxigen, modificările frecvenței și amplitudinii respirației sînt bruște; cînd mișcările respiratorii sînt egale și cuprind porțiunile profunde ale plămînilor, se asigură un contact larg al sîngelui din vasele capilare ale plămînilor cu aerul pătruns prin respirație și deci oxigenul din aerul respirat este folosit în întregime. În unele profesii — mineri, metalurgiști, parchetari —, corpul menținîndu-se într-o poziție vicioasă, activitatea plămînilor este îngreunată. Cînd omul este obosit, mișcările respiratorii sînt mai dese, superficiale, nu asigură transportul unei cantități suficiente de oxigen și împiedică eliminarea prin plămîni a gazelor

nefolositoare, provocând neajunsuri și în funcționarea inimii.

Cel mai solicitat în timpul efortului este aparatul cardiovascular, care are posibilitatea de a se adapta necesităților organismului și să transporte la nivelul țesuturilor cantități suplimentare de oxigen și elemente nutritive absolut necesare. În repaus, inima adultului aruncă în vase un volum de sînge de circa 3 la 5 litri/minut, denumit „volumul-minut”, care depinde de cantitatea de sînge pe care inima este capabilă s-o împingă în vase la fiecare contracție, denumită „volumul-bătăie”, și de frecvența contracțiilor. Fiecare contracție a inimii corespunde unei bătăi a pulsului. Numărînd deci bătăile pulsului, calculăm de fapt numărul contracțiilor sau bătăilor inimii. Frecvența sau numărul mediu de bătăi ale pulsului este de 70/minut, iar la fiecare contracție inima împinge în vase 70 cmc de sînge. În munca fizică intensă, cînd necesitățile în sînge ale țesuturilor cresc, inima poate arunca la o contracție pînă la 150 cmc de sînge. Deci se mărește deosebit de mult „volumul-minut”, mai ales dacă ținem seama că în același timp crește și numărul contracțiilor pe minut. Pentru a găzdui o cantitate mai mare de sînge, inima are capacitatea de a se dilata. Pe de altă parte, volumul crescut de sînge are capacitatea să mărească forța inimii, care capătă astfel posibilitatea de a împinge în vase această cantitate sporită de sînge. După terminarea efortului, activitatea inimii se restabilește repede, în special la persoanele obișnuite cu munca intensă, iar tensiunea arterială revine la valorile inițiale.

Cu ajutorul unui microscop special, numit capilaroscop, s-a constatat că la oamenii care efectuează o muncă fizică grea se produce o creștere importantă a vaselor capilare și o mărire a suprafeței irigate de ele, datorită umplerii



unor vase „de rezervă”, pînă atunci închise, care intră în funcțiune la nevoie.

Modificările inimii și ale vaselor de sînge — fenomene de adaptare — variază după profesiune. Astfel, la forjori pulsul are o frecvență de 160/minut, iar tensiunea arterială valori între 170 și 190 mm coloană de mercur, care după încetarea efortului fizic revin la normal. Cînd acționează asupra organismului efortul fizic, temperaturile ridicate și variația calorică (de exemplu, în secțiile de laminare, turnare, forjare, presare etc. din industria metalurgică) apar fenomene deosebite. Astfel, la începutul muncii se observă o creștere a tensiunii arteriale, deoarece organismul caută să facă față efortului pompînd prin inimă o cantitate mai mare de sînge în vase; apoi scade tensiunea datorită dilatării vaselor de sînge ca urmare a acțiunii căldurii, iar pulsul crește la 180—200 de bătăi/minut. După efort se revine la datele inițiale.

Perioada necesară revenirii la valori normale depinde de: intensitatea efortului, condițiile de muncă, starea de sănătate a organismului, capacitatea sa de adaptare la efort, forțele de rezervă ale organismului și gradul de antrenament al acestuia. Astfel, în timp ce la strungar, mecanic sau lăcătuș pulsul și tensiunea arterială revin la valori normale chiar după 2—3 minute de la încetarea efortului, la muncitorii care lucrează în furnale și cuptoare Martin pulsul și tensiunea arterială se restabilesc mult mai lent, aproape după 45 de minute.

În timpul efortului pot apare și modificări în funcți-

onarea aparatului digestiv, excretor, a sistemelor endocrin și nervos, toate însă de natură adaptativă, dacă munca se desfășoară în condiții ergonomice.

Ținînd seama de variabilitatea mare a aptitudinilor individuale de efectuare a diferitelor procese de muncă, prin capacitate de muncă preponderent fizică sau intelectuală trebuie să se înțeleagă totalul posibilităților de a efectua o cantitate maximă de muncă. În mod concret, în activitatea profesională se cheltuiește numai o parte a capacității de muncă concretizată în producția realizată zilnic. Cunoașterea capacității de muncă reprezintă unul dintre factorii de bază pentru organizarea științifică a muncii, iar factorii care o determină permit aplicarea în mod științific a măsurilor adecvate de prevenire a suprasolicitării organismului, evitînd consecințele ei asupra sănătății muncitorilor și asupra productivității muncii. Expresie a unui fenomen fiziologic complex, capacitatea de muncă este determinată de factori fiziologici (starea de sănătate, alimentația, constituția morfofuncțională, exercițiul și antrenamentul, sexul și vîrsta); factori psihologici (aptitudinile de muncă, interesul, voința și atitudinea față de muncă) și factorii mediului de muncă și socio-economic (de microclimat — iluminatul, zgomotul, trepidatiile, radiațiile, pulberile); nivelul profesional și cultural; organizarea timpului liber, a concediului de odihnă și a relațiilor umane.

Ritmul înalt de dezvoltare industrială a țării noastre, promovarea în permanență a progresului tehnic prin mecanizare, automatizare și ciberneticizare, promovarea ramurilor de vîrf ale industriei ridică fiecare la rîndul său o serie de probleme de adaptare.

Dr. doc. Bernard BARHAD



TOATE LA TIMPUL LOR!

Sănătatea înseamnă armonie perfectă pe plan fizic, psihic și social. Adresându-ne tinerilor, noi toți cei ce avem misiunea de a consolida legătura acestor trei verigi ale sănătății folosim cuvântul — având convingerea că în această etapă se pot forma deprinderi de igienă și comportament sanitar corespunzător, care să dureze pentru o viață întreagă. Cum

arătăm, cum mincăm, cum ne petrecem o zi din viață, echilibrând munca, învățătura și iubirea, cu recreația și odihna? Sint întrebări pe care tinerii și le pun înseși de cunoștințe și de dorința de a adăuga trupurilor lor frumoase și viguroase un plus de armonie și sănătate.

Multiplele acțiuni de educație sanitară, inițiate de comisiile de Cruce Roșie în colaborare cu organizațiile U.T.C., au adus și aduc în fața noastră, a educatorilor de sănătate, mii de tineri, mai ales tinere fete, din colectivități organizate, din școli, cămine, întreprinderi, universități, tineri frumoși prin tinerețea, optimismul și hărnicia lor.

Fără prejudecăți și dând deoparte falsa pudoare, a părinților îndeosebi, am adus în fața tinerilor rezultatul

multor studii și cercetări ale specialiștilor în sexologie din țară și de peste hotare. Este firesc, în raport cu stadiul de dezvoltare al organismului, ca aceste relații atât de hotărâtoare pentru dezvoltarea armonioasă a individului să înceapă atunci când sintem pregătiți pentru viața sexuală. O privire galeșă, un suris, sărutul atât de dorit de cuplurile tinere stîrnesc dorința apropierii sexuale. Dar omului îi este dat, are marea putere de a stăpîni aceste porniri atunci când fructul dragostei ar putea veni prea devreme. „Cînd fetița în uniformă și tinărul cu tutele abia ieșite nu prea le-ar fi la îndemînă să audă în momentul îmbrățișării lor ce se prelungește un glas sunînd de departe și spunîndu-le mamă sau tată...”

Că o asemenea situație le-ar fi părut ridicolă o indicau hohotele de râs, chiar aplauzele celor ce ne ascultau. Ce să facem să ocolim acest dar al naturii, dragostea, să ne încuiem în camerele pline de cărți, să ne ambiționăm, să nu mai privim chip de față sau băiat pînă n-am termina cartea și pregătirea profesională? Exemplele știute din practica mea medicală și de educator m-au ajutat să le demonstrez că în fața dragostei, cînd apare, trebuie să fim curajși la suflet cum este cristalul, mai ambițioși, mai îndrăznești în realizarea idealurilor de viață. Sporturile, recreația, vacanțele petrecute în natură solicitînd corpul la performanțe posibile la această vîrstă vor oferi organismului tînr echilibrul și liniștea necesare.

Problema principală pe care o ridică vîrsta adolescenței nu este atît de legată de dezvoltarea fizică, care își urmează cursul, sau de echilibrarea marilor funcții organice, ci esențial pentru tineri este maturizarea psihică, formarea conștiinței și trăsăturilor de caracter, care vor modela copilul neștiutor și fără griji într-un om matur, stăpîn pe instinctele sale, pe gîndirea și rațiunea sa. Creierul uman este supus și el legilor biologice ca oricare alt organ. El se poate dezvolta sau regresa pe planul inteligenței, memoriei, raționamentului și asimilării în funcție de „antrenamentul” la care este supus. Creșterea capacității intelectuale depinde în mare măsură de dorința de a învăța, de a căpăta un orizont cît mai larg, de a furniza scoaște cerebrale cunoștințe care se vor transforma cu ajutorul gîndirii și memoriei într-un bagaj cultural individual.

La tineri apar uneori, datorită dezechilibrului neuro-endocrin generat de această impetuoașă perioadă de tranziție, unele manifestări de dezinteres față de muncă și de învățatură. Uneori se in-



stalează plictiseala, instabilitatea (descoperă mereu cîmpuri noi care ajung rapid să nu-i mai intereseze) și opune rezistența la autoritate — conflictul mai ales cu mama, cînd ea nu cedează cu înțelegere la unele restricții. Acești tineri nu mai acceptă nici un fel de lecții moralizante, adevărate „pisălogeli”.

Pentru această vîrstă, exemplul „modelul” este important. Dar este de dorit ca el să fie pozitiv, să-l regăsească printre educatori, acasă, la locul de muncă, la școală sau facultate, cît și printre membrii grupului, ai anturajului.

De aceea, în ciuda unor scăderi sau neîmpliniri profesionale, părinții mai ales trebuie să ofere modele pe care tinerii să se poată bizui.

Am fost pusă de multe ori în situația de a vorbi numai băieților sau numai fetelor, demixtat cum s-ar spune, ca nu cumva cei în cauză să se rușineze de ce vor auzi. Am considerat această soluție ca o greșală, că încă o prejudecată care pornește chiar de la noi, educatorii. Și fetelor, și băieților trebuie să le vorbim despre același lucru, să asculte împreună despre necazurile ce urmează începerii vieții sexuale prea devreme, despre urmările neplăcute ale unei igiene intime necorespunzătoare, despre datoria de a-și păstra tinerețea și frumusețea prin igienă și curățenie, prin gim-

nastică și sport, prin atingerea celor mai înalte performanțe la învățatură și muncă.

Băieților le-am vorbit punîndu-i în gardă asupra pericolului contractărilor unor boli venerice, asupra responsabilității ce le revine de a se alerta și apela la medic cînd apare ceva străin organismului lor. Întrebările naive scrise școlărește (pe foi rupte din caietul de matematică) „Sărutul este periculos pentru fete?” sau „Apariția ciclului menstrual permite începerea relațiilor sexuale?”, „Dacă nu accept relația intimă cu prietenul meu acesta mă părăsește, deci ce să fac?” ne-au întărit convingerea că părinții, diriginții și medicii nu și-au făcut pe deplin datoria în acest act generos de cultură sanitară. Sexualitatea este un cîmp deosebit de important al intereselor manifestate de tineri, iar curiozitatea privind particularitățile sexuale este revelatoare. Adolescenții discută aprig acest subiect. Părinții și educatorii ar trebui să adopte calea unei mari seriozități în privința informațiilor sexuale. În adolescență pot începe și primele experiențe sexuale, dar nu trebuie să uite faptul că relațiile sexuale implică o serie de compromisiuri, riscuri și responsabilități de ordin social și, ca atare, sînt socotite normale numai legăturile consfințite prin căsătorie.

Aceasta trebuie să se facă la o vîrstă la care tinerii se pot întreține singuri și pot face față cu responsabilitate oricărui eveniment, care decurge din legătura lor. Din punct de vedere medical, la 17—18 ani relațiile sexuale nu răspund încă unei cerințe reale a vîrstei. Absti-

nența la această vîrstă nu este cu nimic dăunătoare din punct de vedere fizic sau psihic. Ca să nu mai vorbim și de faptul că o viață sexuală prematură dusă la intimplare în condiții de igienă precară este pîndită de pericolul îmbolnăvirilor și mai ales de bolile venerice.

Călirea prin gimnastică, sporturile, viața în aer liber (2—3 ore zilnic), multă mișcare în mijlocul naturii, cu factorii săi — apă, soare, verdeață, alimentație bogată în proteine, vitamine și lipsită de excitante (alcool, cafea, tutun, literatură necorespunzătoare, companii nepotrivite) — sînt prietenii cei mai buni la această vîrstă. Un program riguros de activitate cu o viață ordonată și echilibrată, cu folosirea în mod plăcut a timpului liber într-o activitate (hobby), care să-l pasioneze pe tînăr, cu practicarea sportului, a excursiilor și drumețiilor poate să evite multe din neajunsurile (sau devierile) sexualității.

Să avem curajul să primim deschis în ochii copiilor noștri, să le răspundem la toate întrebările, să-i convingem, să le demonstrăm nu prin interdicții sau amenințări, ci punîndu-le în față alternativele dăunătoare sănătății lor la o vîrstă cînd încă mai pot să zburde, să se bucure de prietenii curate, sincere, de îmbogățirea cunoștințelor lor pe toate planurile, de atingerea idealului, intrarea la facultate, obținerea unei calificări într-o meserie de viitor.

Are poporul nostru o vorbă de mare valoare: Toate la timpul lor.

Dr. Mioara MINCU
director al Spitalului clinic
„Dr. I. Cantacuzino” —
București



ADAPTAREA BIO-PSIHO-SOCIALĂ

Deși noțiunea de sănătate mintală s-ar părea, la o primă vedere, că se limitează doar la obiectul psihiatriei (disciplină medicală care studiază cauzele, simptomele și procesualitatea tulburărilor și bolilor mintale în scopul de a le preveni și trata), aceasta se raportează în realitate la structura întregii societăți, angajată în organizarea, apărarea și promovarea propriei sale sănătăți, definită în preambulul constituției Organizației Mondiale a Sănătății drept o completă stare de bine, fizică, mintală și socială și nu constă numai în absența bolii sau a infirmității.

Cu alte cuvinte, sănătatea mintală cointeresează în egală măsură — deși din unghiuri diferite — toate instituțiile și organizațiile comunitare, care au menirea de a contribui la asigurarea unei dezvoltări armonioase a personalității umane pe tot parcursul evoluției sale, cît și de a înlătura factorii care o influențează nefavorabil.

Din acest punct de vedere o deosebită atenție trebuie acordată perioadei de adolescență. Este vîrsta afirmării intereselor profesionale și sociale, a dorinței de libertate și autonomie față de aparținători, a unei ge-

neroase sensibilități ideo-afective; virstă a marilor idealuri, dar și a trăirilor dureroase, uneori cu urmări dezadaptative, care necesită o înțelegere și îndrumare afectuoasă și clarvăzătoare în același timp.

Adaptarea raportată la adolescență relevă în mod cu totul edificator întrepătrunderea elementelor bio-psiho-sociale în dialectica fenomenologiei personalității, fiecare tînăr, cu particularitățile sale aflîndu-se în continuă modelare sub influența factorilor instructiv-educativi, economico-culturali și politici, factori între care relația socială se include ca valență constitutivă și în același timp ca obiectiv vectorial al proiecției adolescențului în viitor.

Pe plan biologic, adaptarea se caracterizează la ființele superior organizate prin tripla funcție de reglare umorală, endocrină și nervoasă prin care se asigură homeostazia în relațiile cu mediul înconjurător pe care acestea îl „asimilează“, impunîndu-i o anumită structură proprie. De asemenea, adaptarea include și „reacția inversă“ a mediului față de care organismul se „acomodează“ modificîndu-și ciclul asimilator.

Cunoașterea proceselor intime de adaptare și în consecință și a stărilor de maladaptare și dezadaptare constituie unul din subiectele de primă actualitate atît pentru fiziologi, medici și ergonomiști, cît și pentru psihopedagogi și sociologi, înțelegerea integrală a subiectului în vederea promovării sănătății mintale nefiind posibilă decît într-o viziune unitară, psihofiziologică și socială.

Pe plan psihologic, adaptarea este tot mai mult acceptată ca un proces de organizare și echilibrare mintală spre care tind „totalitatea structurilor cognitive începînd cu percepția, deprinderea și mecanismele senzorio-motorii“ și pînă la „formele superioare ale gîndirii“; viața afectivă și viața cognitivă sînt deci inseparabile, deși distincte.

Adaptarea socială a proceselor ideo-afective individuale atinge la adolescent un maximum de acuitate critică, datorită transformării calitative a conduitelor ludice ale copilăriei în noi structuri dinamice ale activității psihice în curs de maturare, predominată de o remarcabilă plasticitate modulatorie formativă față de ansamblul tendințelor grupului social care îl includ.

O societate, cu toată eterogenitatea grupurilor ce le cuprinde, constituie un „tot coerent“ prin normele și obiectivele sale pe care adolescentul le „asimilează“; totodată „reacționează“ față de ele, în cursul unui proces complex de condiționare dinamică instructiv-educativă.

Istoria ne arată în ce largă măsură ignoranța, sectarismul și denutriția, desconsiderarea sau înăbușirea idealurilor și tradițiilor de progres, violența, exploatarea și discriminările pot să constituie factori devianți ai

tendințelor generoase firești ale tineretului care, prin caracteristicile psihologiei virstei, este însetat de a cunoaște lumea și viața și de a stabili raporturi sincere interpersonale de înțelegere, pentru promovarea progresului și echității sociale.

Cunoașterea particularităților psihologiei virstelor ne învață, de asemenea, ce influență poate să exercite neînțelegerea tendințelor și motivațiilor tineretului, care, în dorința de afirmare generoasă a energiilor sale creatoare, este blocat sau desconsiderat, frustrat sau înșelat în bunele sale intenții, indiferent de cine și sub ce formă.

De fapt, „conflictul“ dintre generații, tot atît de vechi pe cît de nouă este omenirea, exprimă continua confruntare dintre ce s-a realizat și ce urmează a se realiza pentru progres, înțelepciunea mai vîrstnicilor constînd în a înțelege și a învăța tineretul să păstreze ceea ce este valoros și să dezvolte în mod creator — după posibilitățile fiecăruia — ceea ce este folositor tuturor celor de azi și de mîine. Or, această armonizare ideală, ușor de exprimat discursiv, constituie în fapt o acțiune complicată datorită variabilității structurilor individuale și nepotrivirilor relațiilor interpersonale și de grup, în cadrul cărora fiecare tînăr își realizează propria experiență de viață.

„Conflictul“ potențial, ca și diversitatea riscului de eșec adaptativ al tînărului în formare nu iau naștere numai intrapersonal sau ca o consecință a distorsiunilor sau inadvertențelor familiale sau de grup, ci și prin diversitatea cauzelor care nu permit — obiectiv sau subiectiv — cuplarea adolescentului la suma trebuințelor, posibilităților și aspirațiilor unei societăți, diferențiată ca un tot coerent prin conținutul ideologic al politicii sale.

Efortul conștient al societății noastre pentru o dezvoltare cît mai rapidă, pentru progres material și spiritual presupune, în același timp, și opțiunea adolescentului pentru acele activități care se acordă calitativ cu vocația și posibilitățile sale reale, cît și cu necesitățile sociale.

„Aparența“ și „Posibilitatea“ realizează un cuplu prin excelență psihodinamic, în corelație directă atît cu influențele inductoare instructiv-educative familiale și școlare, cît și cu starea de sănătate a tînărului, în plin proces de adaptare.

În această ordine de idei este semnificativ faptul că optimizarea învățămîntului se conjugă armonios cu dezvoltarea capacităților psiho-fiziologice ale tineretului, ca rezultat al creșterii condițiilor economice și culturale ale întregii populații, cu precădere în ultimul deceniu și jumătate.

Prof. dr. Petre BRÂNZEI
director al Spitalului clinic de psihiatrie
„Socola“ — Iași

CE FACEM CU PRESCRIPTIILE MEDICULUI?

Problemă care s-a născut odată cu medicina și pe care Hipocrate a abordat amin-tind de obiceiul multor bolnavi de a acuza pe medic de incom-petență în caz de agravarea bolii, omițând faptul că au neglijat indicațiile acestuia sau le-au respectat parțial, respectul suferindului față de prescripțiile medicului a făcut obiectul unui studiu realizat

la inițiativa O.M.S. în anul 1978. Autorii studiului au demonstrat pe un lot de 142 de bolnavi cu infarct de mio-card căroră li s-a recomandat să renunțe la fumat că 20 la sută dintre ei l-au reluat după 3 luni, iar 60 la sută după 4 ani. Dar acesta este un palid exemplu.

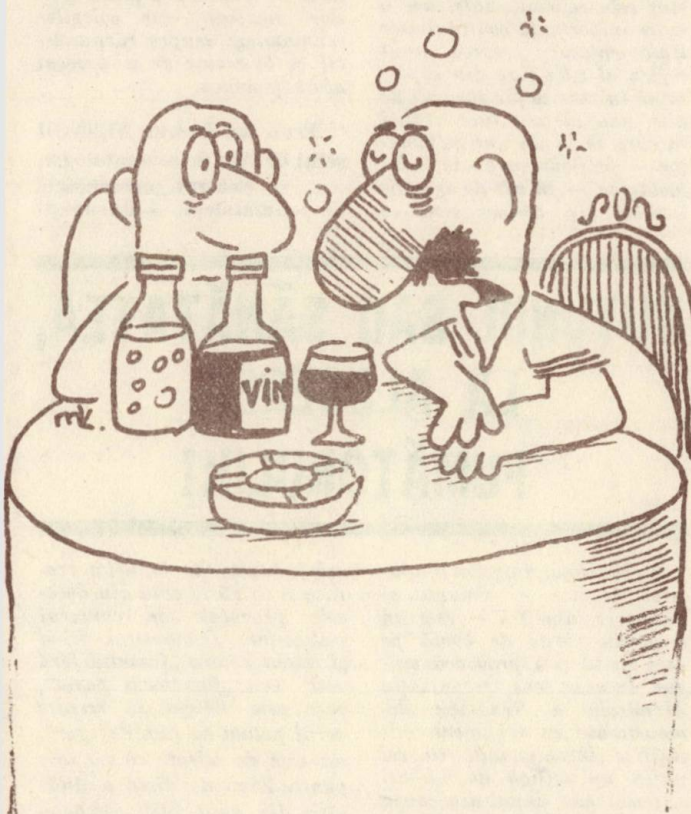
Nerespectarea prescripțiilor medicale este și mai accentuată

în cazul reumaticilor, pentru că majoritatea bolilor reumatismale au o evoluție cronică ascendentă, durează aproape toată viața, necesită o terapie complexă și un program terapeutic de lungă durată, impune o serie de măsuri care trebuie respectate întocmai pentru a preveni complicațiile.

Majoritatea reumaticilor așteaptă vindecare de la un medicament „minune“, fără să țină seama că mai presus de orice este respectarea cu strictețe a unor măsuri care au o mai mare importanță decât medicația însăși. Este vorba de regimul dietetic, exercițiile fizice și tratamentul fizical.

În ce privește regimul dietetic, am încercat să urmăresc cum au respectat 30 de bolnavi cu obezitate și artroză a genunchilor recomandările pe care le făcusem. Reveniți la control după două luni, numai 10 dintre ei respectaseră indicațiile, 15 le respectaseră în parte, iar 5 le desconsideraseră din prima zi. Și aceasta cu toate că explicasem bolnavilor rolul creșterii în greutate în uzura cartilajului și agravarea bolii. Deși în tratamentul cu fenilbutazonă sau cortizon se insistă asupra respectării evitării sării și prizării medicamentelor după mese, recomandarea nu se respectă decât rareori. De asemenea, recomandările de a purta baston, de a adăuga un brânț la încălțăminte sau de a-și confecționa o încălțăminte ortopedică nu au găsit audiență decât la 10 la sută dintre bolnavi, deși toți erau oameni în plină maturitate.

Dintre 20 de bolnavi de spondiloză cervico-lombară căroră le-am prescris și creat condiții optime să facă gimnastică medicală la Centrul metodologic de reumatologie 8 au abandonat exercițiile după prima săptămână, fără o motivare obiectivă. În schimb, am înregistrat un oarecare interes la elevii cu scolioză toracolo-lombară, dar numai la cei care efectuau exercițiile sub supravegherea părinților. Nu-



— Medicul mi-a recomandat o cură de ape minerale!...

Matei MIHAI

mai 30 la sută dintre suferinzi cu forme invalidante de poliartrită reumatoidă în seama de importanța igienei posturale, de modul cum să stea pe scaun, de poziția pe care s-o adopte când stau la televizor și de înălțimea la care să fie așezat aparatul pentru a evita suprasolicitarea coloanei cervicale, de necesitatea abandonării obiceiului de a pune o pernă sub genunchiul bolnav și de folosire a protezelor pentru corectarea deformărilor. Numai 65,5 la sută dintre reumatologi sînt preocupați să administreze medicația conform prescripției, în dozele și la orele stabilite, precum și restricțiile de la consumul băuturilor alcoolice.

Un bilanț al respectării tratamentului de lungă durată cu săruri de aur efectuat pe 32 de bolnavi de poliartrită reumatoidă (cu obligația de a face o injecție săptămînal, timp de aproape 6 luni) a dus la concluzia că numai 50 la sută au îndeplinit această obligație, restul abandonînd-o în mod nejustificat.

Cui se datoresc aceste nerespectări? În primul rînd medicului, care trebuie să țină seama de personalitatea bolnavului, rezultat al mediului din care provine, de vîrstă, sexul, profesiunea, nivelul de cultură și de educație al acestuia. În funcție de acești parametri va evita să prescrie proceduri complicate, greu de realizat sau medicamente. În schimb va fi apropiat de bolnav și va folosi un limbaj adecvat, cînd îi va explica boala și prescripțiile.

În general, bolnavii de reumatism fiind interesați în egală măsură atît de cauza bolii lor, de diagnostic și tratament sînt foarte receptivi la sfaturile cunoștințelor și tentați să folosească un medicament recomandat de un vecin sau un coleg de muncă. În plus, ei au o psihologie aparte. De exemplu, cei suferinzi de spondiloză cervicală și lombară, cu periartrită scapulo-humerală sau poliartrită reumatoidă, care uneori au dureri

musculare, contracțiuni și anchiloze, au o stare de neliniște, iar altele sînt depresivi pentru ca — mai ales cei tineri — brusc să devină agresivi. Reumatismul cu localizare musculo-tendinoasă evoluează în paralel cu o stare de necroză sau de depresie. La celălalt pol se află bolnavii grav invalidanți, cu o stare de resemnare impresionantă, care de fapt ascund o agresivitate refuțată.

În acest context, medicul trebuie să elaboreze un program terapeutic în care bolnavul să înțeleagă necesitatea medicației (antireumatismală și psihotropă), a exercițiilor fizice, a procedurilor kinetoterapeutice și balneare. În acest program medicamentele să fie cît mai puține — doza minimă optimă, întrucît în bolile de „cursă lungă“, cum sînt cele reumatismale, are o mare importanță continuitatea tratamentului, crearea unui reflex al zilei fixe din săptămîna în care se fac sărurile de aur, sau al orei fixe a zilei la care se ia un antiinflamator — fenilbutazona sau indometacina — în caz de spondilartrită. În același sens se

fixează cu precizie zilele din lună în care se fac examenele de laborator (leucograma, sumarul de urină), precum și examenul oftalmologic în cazul administrării antimalaricelor de sinteză. Sînt reguli esențiale în tratamentul bolilor reumatismale cu evoluție cronică inflamatorie.

De multe ori însuși ambalajul și forma de prezentare a medicamentului pot constitui un factor determinant pentru bolnavi în abandonarea medicației, așa cum aplicarea în mod rapid a programului de proceduri obositoare sau dure poate determina întreprinderea lui.

Sînt opinii prin intermediul cărora am căutat să rețin atenția bolnavilor reumatici asupra obligativității respectării în totalitate a prescripțiilor medicale, iar colegilor reumatologi asupra răspunderii ce le revine de a preveni acest fenomen.

Prof. dr. Remus NESTOR
șeful clinicii de reumatologie,
Centrul metodologic
de reumatologie — București

TUTUNUL SAU SĂNĂTATEA, LA ALEGEREA FUMĂTORULUI!

Tabagismul, flagel al timpurilor noastre — denumit și pesta secolului XX — este un exemplu clasic de boală pe care omul și-o provoacă singur. În acest sens, Organizația Mondială a Sănătății demonstrează cu argumente științifice incontestabile că cel puțin un milion de bărbați și femei mor anual din cauza fumului. Toxicul este prezent cu 25 la sută în determinarea deceselor prin boli cardiovasculare, 75 la sută în

cele cauzate de bronșite cronice și în 90 la sută din decesele provocate de cancerul pulmonar. Demonstrat fiind și riscul pentru „fumatul fără voie“ sau „fumătorul pasiv“, care este obligat să respire aerul poluat cu fum de țigară, nu este de mirare că s-a ales pentru Ziua mondială a sănătății din anul 1980 combaterea tabagismului, cu sloganul: „Tutunul sau sănătatea — trebuie să alegeți“.



De fapt, procesul formării „calității de fumător” începe din perioada școlarului mic și se decide până la 15—18 ani, trecînd printr-o serie de etape. Astfel, prima etapă ar fi aceea a copilului mic, care cunoaște țigărele, de la părinții fumători, și se obișnuiește într-un fel cu prezența ei. Într-o altă fază, el își dă seama că fumatul este legat de vîrstă și discută aceste informații cu prietenii săi de joacă. După un timp urmează experiențele secrete cu țigărele și „jocul de-a adultul”. Fumatul sistematic (zilnic) începe întîi clandestin, apoi necamuflat, deschis. La prima încercare organismul refuză tutunul, apar amețeli, salivă, transpirații, greață, stări de slăbiciune. Ca acțiune farmacologică imediată, nicotina declanșează o secreție sporită de adrenalină și noradrenalină, avînd ca efect o activitate cardiacă mai intensă, vasoconstricție în piele, în organele abdominale și în mușchii în repaus, dilatarea vaselor coronare și a mușchilor în activitate, vasoconstricție în creier și plămîni. Totodată, nicotina mai inhibă și contracțiile stomacului. Ca rezultat, în doză mică fumatul provoacă o euforie lejeră, atenuează pofta de mâncare, face mai suportabilă oboseala și este un excitant particular al psihicului care reduce excitabilitatea, anxietatea, minia.

Fumătorii susțin că țigara îi ajută să depășească plictiseala și oboseala, să-și concentreze atenția, să scape de tensiunea nervoasă, să preîntîmpine emoțiile extreme. Fumatul exercită o acțiune stimulatorie și calmantă în același timp: înviorătoare într-o ambianță monotonă și relaxantă în situații de stress, demonstrat prin comportamentul undelor alfa la electroencefalogramă. Nicotina în experiment pe animale (pisici, maimuțe, șobolani) atenuează, de asemenea, agresivitatea lor, precum și reacțiile de frică.

Efectele farmacologice se asociază cu acțiunea favorabilă psihologică privind înlesnirea contactelor sociale. Preferința comună privind fumatul aduce la numărul comun persoane care diferă mult în alte privințe; mișcărilor, gesturile, formulele de politețe legate de fumat (oferirea unei țigărele, alegerea ei, aprinderea ei) umele cu un conținut convențional clipe dificile, apropiere oamenii, reduce încordarea, contribuie la crearea unei ambiante plăcute, împăciuitoare. Nu degeaba indienii pecetluiau conversațiile de pace prin-fumarea în comun a pipei albe.

Mulți oameni de seamă au apreciat și exprimat aceste calități psihologice ale fumatului. Chiar renumitul cardiolog Wenckenbach se declara îngăduitor scriînd: „Omul de

astăzi are atîttea griji încît nu poate fi lipsit, prin cuotul aspru al științei, de ceea ce este uneori singura bucurie, adesea singura consolare”.

Stabilizarea, întărirea, înrădăcinarea obiceiului de a fuma sînt strîns legate de personalitatea fumătorului, al acestui produs complex bio-psiho-socio-cultural care va adopta o atitudine pro sau contra în funcție de importanța pe care o acordă controlării propriului său comportament, al propriului său destin. Unii stăpînesc și dirijează acest comportament. Alții se lasă a fi sub controlul altora. Sînt și oameni care se lasă pradă capriciilor norocului bun sau al ghinionului.

Anchetele arată că marea majoritate a fumătorilor cunoaște caracterul vătămător al fumului de țigară, avînd și acuze resimțite personal, ca: tuse, expectorație, dureri de cap, inapetență, greață, oboseală, nervozitate, miros neplăcut al gurii, degete și dinți galbeni etc. Pe baza acestora, precum și în urma unor simptome care traduc începutul altor vătămări mai grave, cum sînt afecțiunile pulmonare (emfizem, bronșită), cardiovasculară (boală coronariană, arterită obliterantă), gastrice (boala ulceroasă), tumorale sau de alt gen, mulți fumători ajung să încerce dezobșinuirea. La fumătorii înveterați problema este de obicei dificilă.

Obişnuinţa înseamnă un comportament repetat, fără componentă afectivă, iar dependenţa mai mult: dorinţa crescută pentru repetarea efectului produs prin obişnuinţă.

Renunţarea la tabac este un act conştient, care presupune efort de durată pentru schimbarea comportamentului. Constituie o performanţă şi o dovadă de stăpânire de sine. Mai mult de jumătate din fumători se dezobişnuiesc greu. Faza cea mai dificilă se înregistrează între prima şi a treia săptămână. Indiferent de motivele renunţării, omul are nevoie de ajutor individual şi colectiv din partea mediului familial şi social în care trăieşte şi lucrează.

Pe scară mondială se experimentează metode medicopsihologice în care informarea ştiinţifică asupra cătămărilor tabagice este completată cu o anchetă minuţioasă asupra istoricului şi a particularităţilor individuale privind tabagismul propriu. Se fac consultaţii individuale şi în grup, debateri asupra temei, psihoterapie, exerciţii de respiraţie, trening autogen, hidroterapie, tratament medicamentos şi schimbarea regimului de viaţă. Cursurile durează de obicei câteva săptămâni, urmate de dispensarizarea bolnavului, timp de 1—2 ani. Unii preconizează abstenenţa bruscă, totală, alţii abandonarea treptată prin reducerea progresivă a numărului de ţigarete fumate şi respectarea unor reguli din ce în ce mai restrictive.

Cu diverşi adjuvanţi se urmăreşte provocarea unui dezgust faţă de fumul de ţigară. Aşa este clătirea gurii cu soluţie de 1 la sută de nitrat de argint; idem cu ceai anti-tabagic, compus din plante cu conţinut de substanţe amare; acupunctura; tablete cu conţinut de citizină, alcaloid cu acţiune farmacologică apropiată de cea a nicotinei. Se fabrică chiar şi ţigări anti-tabagice. Se pare că alcalinizarea urinei prin administrare de bicarbonat de sodiu reduce „foamea” de nicotină.

Evitarea obişnuinţei, renunţarea din timp la fumat în interesul sănătăţii proprii şi a altora constituie singura poziţie ştiinţifică, modernă şi progresistă în contextul vieţii contemporane.

Prof. dr. Ander ZOLTAN
I.M.F. — Tg. Mureş

VĂ AJUTĂM SĂ RENUNȚAȚI LA ȚIGARĂ

Realizată de un grup de medici şi psihologi de la Institutul „Max Planck” din München şi aplicată de 350 de fumători din R.F.G., noua metodă prin care se poate renunţa la ţigară nu necesită medicamente, înlocuitori ai tutunului sau eforturi de voinţă, ci numai autocontrol, care se realizează prin respectarea următoarelor recomandări ● **Aprindeţi prima ţigară a zilei numai după micul dejun** ● Fumaţi numai ţigări cu filtru, dar niciodată de la prieteni sau cunoscuţi ● **Cumpăraţi în fiecare zi mai puţine ţigări decât în ziua precedentă.** De exemplu, dacă obişnuivi să cumpăraţi câte 20 de ţigări, reduceţi acest număr de la zi la zi, cumpărând 19 a doua zi, 17 a treia zi, 14 a patra zi etc.; dar refuzaţi orice ţigară care vi se oferă ● **Nu purtaţi niciodată chibrituri sau brichetă asupra dv.** ● După ce aţi aprins ţigara, aşezaţi pachetul într-un loc care nu vă este la îndemână ● După fiecare

fum puneţi ţigara în scrumieră, iar după fiecare ţigară fumată (mai precis: numai jumătate din ea!) curăţaţi scrumiera ● **Înainte de a aprinde o nouă ţigară inspiraţi profund de trei ori** ● **Nu fumaţi niciodată: pe stradă, în pat (cînd citiţi sau cînd aveţi insomnie), în autoturism (la volan sau ca pasager), în timpul muncii fizice sau intelectuale, al altor activităţi, al discuţiilor colegiale sau al întîlnirilor de lucru, cînd staţi la televizor, cînd aşteptaţi pe cineva, pentru a vă anihila foamea sau plictiseala, între felurile de mîncare sau imediat după masă (ci numai după 10 minute de la terminarea mesei)** ● **Nu fumaţi în societate mai mult de o ţigară pe oră şi numai după ce aţi cerut consimţămîntul gazdelor şi al celorlalţi invitaţi** ● **Renunţaţi la fumat de la ora cînd terminaţi activitatea sîmbăta şi pînă la ora cînd o reluaţi luna** ● **Adoptaţi aceeaşi atitudine chiar dacă sînteţi pensionar sau gospodină.**

Iniţiatorii metodei adaugă la aceste recomandări încă una demnă de reţinut: **electuaţi zilnic cu rigurozitate un calcul al economiilor realizate şi depuneţi micile „ciştiguri” într-o puşculiţă.**

Dezvăluindu-vă „secretul” metodei, avem şi o propunere: în măsura în care aplicînd-o cu stricteţe a dat rezultate, vă rugăm să o recomandaţi şi altor fumători.



Telex

Longevitate naturală — 110 ani: Prof. V. Böhlau din Frankfurt, specialist în recuperarea capacității de muncă, spune că omul este „programat” pentru o viață de aproape 110 ani. Dacă mulți mor înainte, aceasta se datorează bolilor. Creșterea longevității vieții cu 30 de ani în decursul unui secol se datorează medicinei. În viitor un rol important îl va juca însă modul de viață. Cine vrea să trăiască trebuie să acorde atenție irigației sanguine abundente a creierului și a tuturor organelor, precum și unei alimentații bogate în proteine.

De ce obezitatea?

Un acid gras, acidul linoleic, care se găsește în uleiurile vegetale, pare să fie *semnalul de alarmă al obezității*. Alertând o structură a creierului, hipotalamusul, acest acid diminuează pofta de mâncare, ceea ce ar permite menținerea unei greutatei normale. Se pare că mecanismul funcționează însă numai la animale.

Tratament cu muzică cromatică

În cabinetul medicului se află un șemineu și câteva fotolii confortabile. E drept că focul

din șemineu nu este decât o imitație electrică. Nuanțele flăcărilor — de la albăstrui și verde la portocaliu și roșu — se schimbă în funcție de volumul și timbrul sunetelor unei muzici liniștitoare.

Cu patru ani în urmă, medicul G. Vaenski de la Spitalul regional din Vologda (U.R.S.S.) a început să trateze maladiile nevrotice cu muzică cromatică. Rezultatele? Până acum, sute de persoane tratate astfel declară că se simt foarte bine!

Vaccin contra pneumococilor

Robert Austrian de la Universitatea din Pennsylvania a anunțat că un vaccin contra bacteriei *Streptococcus pneumoniae* — agentul principal al pneumoniei, infecției urechii medii și al meningitei — va fi omologat în acest an. Preparat pe baza unui amestec de polizaharide capsulare purificate, obținute de la 14 din cele 86 tulpini de pneumococ cunoscute în prezent, acest vaccin a fost testat în S.U.A. Deși produce uneori un eritem local sau o ușoară creștere a temperaturii, vaccinul s-a dovedit eficient în 80 la sută din cazuri.

SĂ FIM

CALMI

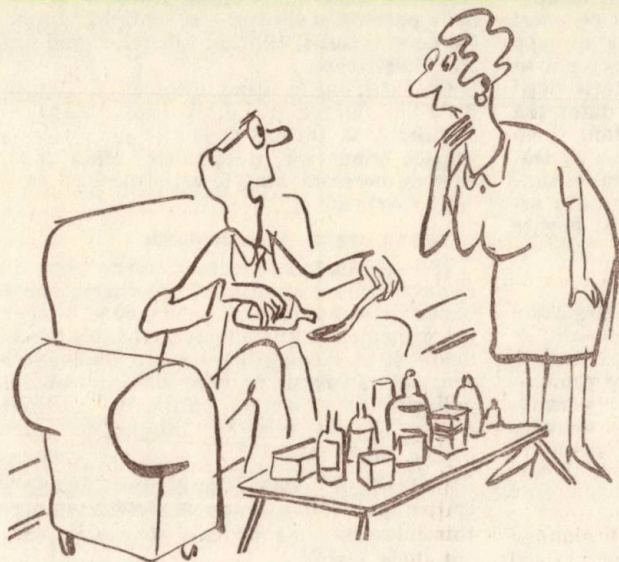
Nu-i înțeleg pe ăștia care se enervează din orice, fără să se gindească la urmări. Sănătatea e mai presus de orice? Pentru asta trebuie, în primul rând, să fim calmi? Și atunci de ce se lasă unii tiriți de nervi? Și pe urmă tot ei se plîng: dureri de cap, hipertensiune și așa mai departe. Uite, eu fac tot posibilul ca să le evit. Acum, de exemplu, am ieșit să fac o mică plimbare. La aer. În liniște. Să mă relaxez, cum ar spune unii. Cîțiva pași făcuți pe jos, în amurgul ăsta aproape poetic, n-ai idee ce te... ia te uite și la ăsta ce

neatent merge pe stradă. Trece pe lângă mine, mă lovește cu servieta, parc-ar fi... Ar trebui să mă-ntorc după el și să-i spun vreo două ca să... Dar nu! Să nu-mi fac nervi că nu pentru asta am ieșit să mă relaxez. Mai bine iau de la toneta asta cîteva bomboane ca să le ronțai. Asta calmează. „Cît costă?... Poftim”. Dar de ce mi-a dat restul în monede de 15 bani? Ca să-mi atirne greu în buzunar? Ce plimbare mai e asta, cu buzunarele grele? Întotdeauna am socotit asta o senzație enervantă. Și atunci de ce m-a învățat nu știu cine că bomboanele calmează? Chiar cine spunea așa? N-ai idee ce mă enervez cînd nu-mi aduc aminte, imediat, de un nume. A!! Fănică! El mi-a spus. Că și Fănică ăsta tot timpul o face pe deșteptul. N-ai idee ce mă enervează treaba asta. De fapt, de cînd îl cunosc, îmi face nervi. Și în școală, că eram colegi de clasă, ce crezi? Îmi puneam

plastilină pe bancă. Mă așeza și nu mai puteam să mă ridic. Chiar de ce să-mi pună el mie plastilină pe... O să-l caut diseară și-o să-i spun vreo două, să mă țină minte. Poate că așa m-aș calma. M-aș răcori. Cît e ceasul? Nu. Mai sînt două ore pînă vine acasă. Al naibii ceas. Uite ce încet merge! Îmi vine să dau cu el de pămînt. Nu! Nu aștept pînă seara! Acum! Acum trebuie să i-o spun. Îi dau un telefon. Chiar în clipa asta. Îl găsesc la serviciu. „Alo, Fănică?... Poftim? Greșeală?” Uite că am uitat ce număr are la serviciu. E clar: din cauza nervilor am un lapsus. Cum de am acest lapsus? Îmi vine să mă iau la palme. Dar de ce pe mine? Mai bine pe el. Dar de unde să-l iau? Vine acasă abia peste două ore. Plimbare mi-a trebuit? Vezi? Nimic nu te enervează mai mult decât un lucru care te relaxează...

Fred FIREA

SABIE CU DOUĂ TĂIȘURI



— Am zece colegi la birou, fiecare mi-a recomandat câte un medicament!

COBAR

De multe ori, cînd un bolnav se prezintă la medic pentru o erupție apărută pe piele, este întrebat dacă în zilele care au precedat apariția simptomelor a luat vreun medicament fie pe cale bucală, fie injectat, fie aplicat local.

Descoperirea și introducerea de noi și noi medicamente au lărgit posibilitățile de tratament ale diferitelor boli. În același timp a crescut însă și riscul apariției unor manifestări nedorite.

Acestea au făcut necesare studierea și precizarea lor, ceea ce a dus la dezvoltarea unui nou capitol al patologiei: patologia iatrogenă (iatros = medicament).

Manifestările nedorite pot atinge diferite organe, izolat sau mai multe, cu sau fără cuprinderea pielii. Alteori, leziunile se situează numai pe piele, fără a fi prins alt organ.

Teoretic, orice medicament poate produce manifestări nedorite, dar frecvența cu care

ele se produc nu este aceeași pentru toate medicamentele, și acest lucru nu are nici o legătură cu structura lor chimică.

Mecanismul de producere este foarte variat, ca și simptomele prezentate.

Uneori este vorba de acțiunea farmacologică a medicamentului. Astfel stau lucrurile în cazul eritemului trecător, fugace, care se produce după ingerarea de vitamină PP sau după aplicarea locală de Revulsin (ambele fiind derivate de acid nicotinic).

Tot aici trebuie amintit că, în general, medicamentele au mai multe acțiuni, dintre care numai unele sînt dorite. Celelalte se numesc efecte secundare. Vom aminti leziunile de acnee, care se pot observa după administrarea de testosteron la femei, ACTH etc., căderea părului după administrarea unor citostatice; apariția de vergeturi după cure prelungite de cortizonice; sensibilizarea față de razele solare (fotosensibilizare) după

tetracilină sau aplicări locale de buclosamid etc.

În cazul antibioticelor cu spectru larg de acțiune, pe lângă distrugerea germenilor pentru care ele au fost administrate se produce și o modificare a florei microbiene normale din cavitățile naturale. Modificările florei microbiene intestinale determină tulburări digestive, dar uneori și/sau apariția unor eczeme sau a altor tipuri de erupții cutanate. Modificarea florei microbiene normale favorizează adesea dezvoltarea unei ciuperci microscopice: *Candida albicans*. Aceasta provoacă leziuni inflamatorii în cavitatea bucală, în unele plci, la nivelul organelor genitale și în jurul lor etc.

Cele mai frecvente erupții medicamentoase au la bază un mecanism alergic. Medicamentul în cauză acționează fie direct, fie după ce s-a cuplat cu o proteină din organism, ca o substanță străină capabilă să declanșeze o reacție de apărare din partea organismului. Se produce astfel o sensibilizare față de medicament, organismul nu-l mai tolerează.

Această reacție se poate produce la primul contact cu medicamentul în cauză și atunci este vorba de o intoleranță innăscută față de acea substanță. Din fericire, aceasta se întîmplă mai rar.

De cele mai multe ori, starea de intoleranță este căpătată după un număr variabil de contacte cu medicamentul respectiv.

În geneza acestor manifestări joacă un rol nu numai structura chimică a medicamentului, ci și modul propriu de reacționare al organismului. Persoanele care se sensibilizează ușor la alte substanțe se pot sensibiliza ușor și față de medicamente.

Erupțiile care apar au aspecte variabile. Uneori se aseamănă cu erupțiile de rujeolă (pete roșii diseminate) sau de scarlatină (eritem difuz). Alteori iau aspect de articularie.

În unele cazuri apar bule cu un conținut sero-citrin localizate, în special în gură și pe organele genitale, dar se pot observa și pe extremități.

O formă particulară este reprezentată de eritemul fix medicamentos: pete eritemato-pigmentare unice, apărând de fiecare dată în același loc.

Există și intoleranțe mai grave: eritrodermiile (inflama-re generalizată a tegumen-telor), edemul Quincke (ede-mațierea buzelor și feței putând prinde uneori și laringele), necroliza epidermică descrisă de Lyell. Din fericire, aceste forme sînt foarte rare.

Aceste intoleranțe se pot observa după foarte multe medicamente: penicilina, anal-gezice și antipiretice (anti-pirină, piramidon, aspirină), somnifere (barbiturice), tran-chilizante, sulfamide, fenolsta-leină (în unele laxative), ar-senicale, săruri de aur și numeroase alte medicamente.

O serie de substanțe medi-camentoase aplicate local pe tegumente pot produce sensi-bilizări locale sau generale; spre exemplu, penicilina, strep-tomicina, sărurile de mercur, sulful, sulfamidele, novoca-ina, anestezina, antihistami-nicele, lanolina și altele.

Instalarea fenomenelor de intoleranță este cu totul impre-vizibilă, iar odată apărute ele persistă un timp indefinit, uneori toată viața. De aceea, medicamentul în cauză nu mai trebuie utilizat de către bolnavul respectiv.

Pentru micșorarea sau chiar suprimarea acestor riscuri nu trebuie utilizate decît medica-mentele strict necesare, numai acelea față de care bolnavul nu a prezentat anterior semne de intoleranță și numai cu avizul medicului. Autotratarea și abuzul de medicamente cresc riscul apariției manifestărilor nedorite și de aceea ele trebuie evitate.

Utilizarea rațională a me-dicamentelor face ca riscurile să scadă și astfel ele să con-tribue efectiv la restabilirea sănătății bolnavului.

Dr. doc. Radu DUMITRIU

E BINE SĂ ȘTIȚI...

● **Controlul medical perio-dic** se face anual și urmăreș-te cuprinderea, prin exami-nările adecvate, prevăzute în ordinele ministrului să-nătății nr. 177 și 190 din anul 1975, a persoanelor care își desfășoară activi-tatea în condiții deosebite de muncă și a unei treimi din restul populației active

● **Eșalonarea controlului pe-riodic și scurtarea intervale-lor între examinări** se fac luîndu-se în considerare: du-rata activității în condiții deosebite de muncă; exis-tența unor boli cronice ale organelor și sistemelor af-ectate în mod specific de noxele din mediul de muncă, unele stări fiziologice (gra-vide, adolescenți în primii ani de activitate profesională)

● **Cu prilejul examenului cli-nic complex**, care încheie con-trolul periodic, medicul face: o **scurtă anamneză** asupra perioadei de la precedentul control periodic pînă în pre-zent, culegînd de la pacient informații referitoare la locul de muncă, profesiune și pro-cesele tehnologice și un **exa-men clinic complet** în vederea descoperirii unor afecțiuni profesionale și de inter-pretare a rezultatelor exa-minărilor paraclinice și de specialitate. Informațiile ob-ținute, coroborate cu cele furnizate de supravegherea medicală a subiectului în timp, consemnate în fișa de consultații vor fi utilizate pentru elaborarea unui **aviz final asupra stării de sănă-**

tate a acestuia (stările mor-bide depistate) și aptitudi-nilor de a continua munca actuală

● **Finalizarea ac-țiunii de control periodic la nivel individual** începe din momentul elaborării avizu-lui concludiv al controlului periodic. În funcție de acest aviz se pot prescrie **măsu-ri terapeutice** (în cazul depis-tării unei boli cronice sau a unei intercurențe acute), **mă-suri referitoare la regimul de muncă** (program redus pe o perioadă de timp, scutire de ture de noapte, scoaterea pe o perioadă din mediul cu noxe, inițierea unui program de recuperare a capacității de muncă conștind în proce-duri de fizioterapie, trata-ment balnear). Dacă natura și stadiul unor boli cronice depistate impun, aceste mă-suri se introduc în dispensa-rizare pe baza unui plan elaborat inițial și completat în timp, în funcție de evolu-ția fenomenelor morbide

● **Finalizarea acțiunii de con-trol periodic la nivel de grup** constă din elaborarea bilan-țului stării de sănătate a populației controlate, evalua-rea morbidității prin boli cronice și a proporției de populație „practic sănătoasă” care poate continua activita-tea, fără intervenții medicale. Pentru ca acești indicatori să caracterizeze cit mai bine starea de sănătate a popu-lației expuse, ei sînt inter-pretati în strînsă relație cu rezultatele controalelor asu-pra condițiilor de muncă, cu ale analizei de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă și cu informațiile furnizate de acțiunile de depistare a bolilor cronice.

● **Concluziile studiilor asu-pra stării de sănătate oglin-desce relația ei cu condițiile de muncă și viață**, fundamen-tînd propunerile pentru mă-suri de asanare a mediului de muncă, elaborarea măsu-rilor vizînd îmbunătățirea condițiilor de muncă și măsurile medicale profilac-tice (modificarea intervale-lor de examinare pentru unele categorii de populație

aflată la „risc crescut“, luarea în evidență medicală activă a unor cazuri „problemă“, elaborarea unor programe de recuperare pentru suferinții de anumite boli cronice etc.).

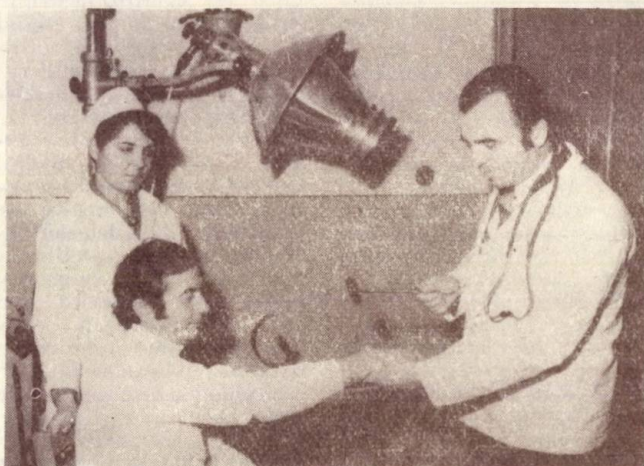
● **Încadrarea în muncă a personalului muncitor** este admisă numai pe baza avizului medical, viitorii angajați efectuând, pe baza fișei medicale tip, primită de la noul loc de activitate, un examen medical la dispensarul întreprinderii sau la cel teritorial (urban sau comunal), la care este arondată întreprinderea, constând din diferite probe clinice și de laborator ● **Obiectivele principale ale acestui examen medical** sînt: stabilirea stării de sănătate a viitorului angajat, îndrumarea lui spre locul de muncă unde este apt și poate efectua profesiunea eficient, fără riscuri atât pentru propria sănătate cît și securitatea colectivului său de muncă ● **Pe baza datelor obținute la examenul medical** se stabilesc: posibilitățile și aptitudinile fizice și neuropsihice ale persoanei respective, eventualele lor deficiențe comparate cu caracteristicile profesiunii și ale locului de muncă în care urmează să lucreze, solicitările la care va fi supus organismul, riscurile de îmbolnăvire profesională sau de accidentare a sa sau a altor persoane ● **Concluzia asupra capacității de muncă a persoanei respective** poate fi: aptă pentru muncă la care urmează să fie încadrată; aptă numai pentru anumite alte munci; inaptă (temporar) pentru orice muncă (din cauza unei boli care necesită tratament medical sau diferite mijloace de recuperare) ● **Capacitatea de muncă poate fi limitată** din cauza unei boli vindecabile, a unei deficiențe necorectabile sau a unor contraindicații privind munca femeilor și tinerilor (efort fizic intens, substanțe toxice etc.), reglementate prin lege, care stabi-

lește: profesiunea și locul de muncă (cînd este cazul) pentru care viitorul om al muncii este apt ● **În situația depistării, în cadrul controlului, a unor contraindicații medicale** se recomandă de către medic alte locuri de muncă compatibile cu starea de sănătate a celui care se angajează ● **Rezultatele**

examenelor efectuate, indicațiile legate de locul de muncă, concluziile și avizul final se consemnează în fișa medicală tip și se transmit întreprinderii care a cerut examenul medical pentru a le respecta.

**Dr. Rodica MATIEȘ
și dr. Hilda HERMAN**

CONTROLUL PERIODIC AL SĂNĂTĂȚII



Apariția clinică a bolii, adică momentul în care bolnavul începe să sufere și din această cauză se adresează medicului, este precedată de o lungă perioadă în care fără nici o simptomatologie sau dezagrement el este gazda sau purtătorul unor situații care s-au dovedit că măresc pericolul ca într-un viitor mai mult sau mai puțin apropiat să facă o boală cronică. Aceste situații sînt denumite în medicină factori de risc și sînt diferite în funcție de boli. Și în

cazul principalelor boli cardiovasculare, prin care înțeleg pe cele datorate aterosclerozei și hipertensiunii arteriale — infarctul de miocard, angina pectorală, moartea subită neviolentă, accidentele cerebrovasculare (așa-numita congestie cerebrală), ele diferă. Astfel, pentru cardiopatia ischemică, factorii de risc sînt hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, fumatul, obezitatea, diabetul, consumul exagerat de sare; pentru bolile cronice ale aparatului respirator sînt fumatul, poluarea

atmosferică vegetală — cu polen, fulgi și alte elemente cu efect alergizant —, infecțiile respiratorii repetate, cancerul și anumite stări zise precanceroase, unii factori de mediu. De aici și ideea că prin controale periodice, care să cuprindă mase cât mai largi — în special cele expuse la risc, cum ar fi, de exemplu, pentru cardiopatia ischemică bărbății de vîrstă medie, să se descopere factorii de risc și să se încerce ca, prin corectarea lor, în general prin modificarea modului de viață și prin eliminarea obiceiurilor nocive — între care fumatul ocupă primul loc, dacă ținem seama că are o acțiune de patru ori mai puternică decît poluarea industrială masivă —, să se influențeze favorabil sănătatea. Aceasta înseamnă, în primul rînd, să se prevină apariția bolilor, iar în al doilea rînd ceea ce este un pas înainte — să se promoveze starea de sănătate.

În această acțiune are o mare importanță dialogul dintre „pacient” și medic. Și totuși mai importantă este reacția ulterioară a pacientului, felul în care el dă curs recomandărilor medicului. Fără cooperarea celui care, deși nu suferă, este avertizat că se va afla totuși într-un oarecare pericol de îmbolnăvire viitoare, nici controlul periodic și nici dialogul cu medicul nu vor avea efectele scontate.

De aceea, trebuie să se înceteze din ce în ce mai larg ideea că fiecare om este răspunzător pentru sănătatea sa, că în sensul acestei responsabilități este de neînțeles, dată fiind răspîndirea cunoștințelor despre efectele dezastruoase ale fumatului prin toate mijloacele mass media, ca un om conștient să mai poată continua să fumeze și cu atît mai mult să fumeze exagerat, astăzi cînd se știe că 90 la sută din cancerele de plămîni apar la marii fumă-

tori. De aceea, cînd după ani de zile de practicare a acestui obicei nefast se află în fața unei situații tragice, el este singurul responsabil de ea.

Nu trebuie supraapreciate posibilitățile medicinei. Ea este o știință aplicată, în continuă dezvoltare, care a rezolvat și sigur că va rezolva în continuare numeroase probleme legate de bolile omului, dar nu este o simplă vrăjitorie, adică nu poate face minuni în sensul mistic al acestui cuvînt. Mai concret, nu-l poate scoate pe om din boli grave pe care „și le-a făcut cu mîna lui”.

După părerea mea nu există astăzi nici o dificultate pentru realizarea unei profilaxii primare eficiente. Mă bazez în această afirmație pe experiența celor zece ani de cînd în cadrul laboratorului de ecologia și profilaxia bolilor cronice de la Institutul de medicină internă „N. Gh. Lupu”, pe care îl conduc, se desfășoară acțiunea-pilot a O.M.S. de prevenire primară a cardiopatiei ischemice. În primul rînd ea a stîrnit în rîndul populației testate un interes deosebit. Punctualitatea cu care s-a prezentat la examenele periodice și modul cum s-au respectat recomandările medicilor au fost foarte bune. Astăzi, după zece ani de la declanșarea acțiunii, „beneficiarii” nu s-au plictisit încă și continuă să răspundă la convocările noastre.

La sfîrșitul lunii mai a.c., colectivul stației-pilot a O.M.S. a prezentat în cadrul unui simpozion special organizat rezultatele obținute pînă în prezent, pe baza unor largi cercetări și acțiuni de cardiologie preventivă. Aceste rezultate nu au numai o valoare teoretică, de informare a specialiștilor asupra perspectivelor prevenirii bolilor cardiovasculare, ci una, aș considera-o, în primul rînd, eminamente practică. Atît materialele simpozionului, cît și programul concret cu care această

manifestare s-a încheiat, și care a fost pus în discuția unei mese rotunde, oferă indicații concrete pînă în cele mai mici detalii asupra modului în care se pot organiza asemenea acțiuni în rîndul populației.

Extinderea și aplicarea acestei cercetări nu ar fi numai o valorificare a unei munci științifice vaste și de lungă durată, ci și o binevenită măsură de sănătate publică. Asemenea cercetări și acțiuni este bine — aș spune chiar absolut necesar — să fie întreprinse în scopul prevenirii tuturor bolilor cronice cu largă răspîndire, cum sînt cele respiratorii, cancerul, hepatita cronică, bolile neuropsihice. În al doilea rînd consider că există suficiente resurse atît materiale cît și de personal sanitar pentru pornirea cît mai grabnică a unor asemenea acțiuni. Metodologia aplicată de noi a fost pe parcurs remaniată și oarecum simplificată, astfel încît să devină cît se poate de accesibilă. Dealtfel în noul sistem de organizare sanitară, în care medicilor de circumscripție le revine și îngrijirea oamenilor muncii din întreprinderile și instituțiile de pe teritoriul arondat, este probabil că aceste controale periodice vor cunoaște o importantă dezvoltare.

Pentru ca o acțiune de profilaxie primară — prin care se urmărește împiedicarea a însăși apariției bolii — să fie eficientă, nu este suficient dialogul între medic și pacient. Modalitatea principală de schimbare a mentalității populației în privința îngrijirii sănătății este o educație sanitară sistematică, competentă și atrăgătoare, realizată prin diferite forme și metode, în primul rînd cu ajutorul mijloacelor mass media — ziarele, publicațiile periodice, cinematograful, radioul, televiziunea.

Doctor în medicină
Marc STEINBACH

CÎT VOM PUTEA TRĂI?

Un mare gînditor considera cu mai bine de trei secole în urmă că medicinii îi revin trei mari sarcini: păstrarea sănătății, vindecarea bolilor și prelungirea vieții. Acest din urmă obiectiv, la realizarea căruia, în afara științelor bio-medicale, contribuie și îmbunătățirea condițiilor sociale și economice, precum și progresul tehnic, a devenit o realitate a epocii noastre, omul cîștigînd, într-o perioadă istorică relativ scurtă, cîteva decenii de viață activă. Dacă durata medie de viață depășește astăzi 70 de ani, acest salt spectaculos s-a produs în ultimele decenii, fiind seamă că în epoca primitivă aceasta era de numai 19 ani, în antichitate de 25 de ani, spre sfîrșitul evului mediu urcase abia la 30 de ani, iar în secolul al XIX-lea la 40 de ani. Un exemplu al saltului spectaculos îl oferă însăși țara noastră, în care durata medie a vieții în anul 1930 era de 42 de ani.

Creșterea simțitoare în ultimele decenii a duratei medii a vieții pune astăzi medicinii o întrebare legitimă: cît va putea fi prelungită viața omului?

După răspunsurile specialiștilor se conturează trei opinii asupra ritmului și limitelor acestei creșteri; una a „optimiștilor”, care consideră că în jurul anului 2000 durata medie va ajunge la 100 de ani, alta a „pesimiștilor”, care consideră că rezervele de creștere au cam fost epuizate, fiind de așteptat în viitor creșteri neînsemnate, și una mai realistă, care apreciază că, deși durata medie de 100 de ani va fi posibil mult mai tirziu, progresele în creștere vor fi în continuare regulate (dar nu spectaculoase), pe măsura progreselor medicinii și îngrijirii sănătății, care vor produce o scădere lentă, dar sigură a ratei de mortalitate. Se apreciază astăzi că prognosticele demografice privitoare la cei de vîrstă medie și înaintată sînt relativ sigure pentru următorii 25 de ani, deoarece ele depind de această rată de mortalitate și nu de rata de fertilitate.

Sporul de longevitate înregistrat la amplitudinea începută în ultimele decenii s-a realizat în mare măsură pe seama reducerii mortalității infantile. Dar această rezervă a fost în mare parte epuizată, din care cauză creșterea duratei vieții va continua, dar într-un ritm mai moderat.

Cercetătorii în domeniul bio-medicinii și al biologiei dispun de



strategii generale pentru prelungirea vieții: continuarea eforturilor de a învinge bolile majore dacă ofensiva împotriva bolilor cardiovasculare și a cancerului va putea fi înecunată de succes, va aduce omului un câștig de 8—10 ani și posibilitatea modificării proceselor biologice intrinseci care însoțesc îmbătrînirea și care pot acționa independent de cele patologice (adică descoperirea secretelor genetice și biochimice ale îmbătrînirii, precum și înecînirea „ceasului biologic”, care este probabil programat la specia umană), a doua strategie fiind dirijată mai curînd de controlul ratei de mortalitate decît de controlul bolii.

Pînă acum toate creșterile privind durata medie de viață s-au datorat controlului accentuat asupra bolilor; dacă viitorul va permite și materializarea celei de-a doua strategii, viața omului ar putea câștiga noi ani; cu alte cuvinte, concretizarea posibilită-

ților de influențare a proceselor de îmbătrînire prin găsirea unor preparate care să întîrzie declanșarea mecanismelor active ale îmbătrînirii și să normalizeze activitatea nervoasă și hormonală ar putea adăuga noi ani duratei de viață. Gerontologii ne dau speranțe că acestea vor putea fi realizate, întrucît pe baza experimentelor efectuate pe animale în prezent permit cercetarea substanțelor care blochează temporar activitatea genetică, înecînindu-i ritmul dezvoltării programului său, iar animalele supuse acestor experimente trăiesc mult mai mult decît animalele din lotul martor, la primele dezvoltîndu-se mai lent numeroase simptome de îmbătrînire (modificări în schimbul de albumine și grăsimi, starea anumitor structuri celulare, unele mutații biologice).

Cercetările fundamentale în procesul de îmbătrînire au evidențiat un nou mecanism al acestuia privind influența membranei celulei asupra aparatului său genetic. Plecîndu-se de la faptul că membrana celulei nu este pur și simplu un înveliș care o separă de celulele învecinate, ci o structură biologică complexă care reglementează viața interioară a celulei și contactele ei cu exteriorul, s-a remarcat că modificarea sintezei albuminei în celule duce la creșterea sarcinii electrice a membranei, fenomen care, la rîndul său, influențează aparatul genetic. O altă rezervă de creștere a duratei vieții (experimental cu 30—35 la sută) se apreciază că o constituie regimul alimentar, afirmație fondată pe studiul alimentației longevivilor. Se remarcă însă că un regim alimentar rațional trebuie să îndeplinească două cerințe: limitarea lui cantitativă și compoziția calitativă realizată pe baza studiilor nutriționiștilor.

Dar se apreciază că și alte practici de ameliorare a sănătății ar putea influența pozitiv, în următorii ani, cum sînt limitarea fumutului, reducerea poluării atmosferice, îmbunătățirea serviciilor de ocrotire a sănătății. Dacă bolile cardiovasculare, cancerul, bolile de nutriție influențează procesul de îmbătrînire și acesta constituie la rîndul său un teren favorizant pentru bolile amintite; de aceea, intervenția concomitentă asupra procesului de îmbătrînire devine un mijloc eficient de profilaxie a bolilor respective.

Și totuși este evident că viața nu va putea fi prelungită la infinit, întrucît organismul omului nu va putea depăși posibilitățile biologice pe care i le-a dat natura ca oricărui organism viu. De aceea se apreciază că posibilitățile biologice de sporire a duratei vieții pe seama rezervelor interne ale organismului sînt de ordinul a 30—40 de ani, pornind de la datele actuale.

Dr. Constantin BOGDAN
directorul Spitalului-cămin
„Berceni” — București

PREGĂTIRI PENTRU ÎMBĂTRÂNIRE



În epoca noastră se teoretizează mult așa-zisa „pregătire” privind îmbătrânirea. Asistăm chiar și la unele preocupări practice realizate în domeniul medical, dar și paramedical. Cu toate acestea, nu putem spune că marelui public este suficient de informat și deplin conștient că bătrânețea, ca orice etapă a vieții, poate și trebuie să fie pregătită din timp, deoarece modul în care îmbătrânim — calitatea procesului ca atare — depinde în mare măsură de comportamentul de viață adoptat de fiecare individ încă din primii ani ai copilăriei. Astăzi avem destule informații cu privire la faptul că fiecare individ vine pe lume cu o moștenire genetică, o anumită „zestre biologică”. Ca orice moștenire, poți s-o întreții bine, să ai ce da și celor care te continuă — copiii —, dar poți

fi și risipitor cu ceea ce ai moștenit, în primul rînd față de tine însuși. Acesta este un prim aspect și ține de individ. Dar trăim în ritmul alert al vieții moderne, dominat de accelerație și suprasolicitare fizică și psihică, poluare fonică și chimică, condiții de stress, toate cunoscute sub denumirea de factori de risc, adică agresiuni externe, proprii modului de organizare actual al vieții și care solicită în permanență capacitatea de adaptare fizică și psiho-socială a individului. Or, este cunoscut faptul că, odată cu înaintarea în vîrstă, alături de celelalte modificări și disfuncții organice, scade și capacitatea de adaptare la schimbările survenite în mediul de viață.

Avînd în vedere cele de mai sus, nu putem spune că în prezent realizăm și stăpînim în

mod conștient toate condițiile de care ar trebui să ținem seama în pregătirea noastră pentru a parcurge vîrsta a treia cît mai ușor posibil. Ne complacem în ideea că această etapă a vieții va veni și pentru noi, dar asta se va întîmpla cît mai tîrziu posibil. Nu este vorba chiar de curaj ca să gîndești și să asîști la propria-ți îmbătrînire, dar sigur este nevoie de calm, bun simț, umor, o anumită filozofie de viață. Gîndindu-ne la ceea ce a enunțat foarte lapidar marele Voltaire că „singura posibilitate de a trăi mult e să îmbătrînești”, să vedem cam ce ar trebui să facem ca bătrînețea să fie cît mai suportabilă pentru noi și pentru cei din jur.

Este adevărat că pînă către sfîrșitul maturității nu avem nici timp, nici atracție să ne gîndim la această ultimă parte a vieții; totul de pînă aici, dacă nu a fost prea ușor, a fost însa mereu frumos, pentru că viața este cel mai minunat dar pe care-l primim. Dar, vrem sau nu vrem, vine și timpul cînd sintem obligați să gîndim, iar uneori să și acționăm. Dacă se face prea tîrziu, calitatea acumulărilor de pe parcursul vieții nu mai oferă întotdeauna premisele unei îmbătrîniri normale sub aspect biologic, psihologic și social. În mod curent auzim: „fiecare îmbătrînește așa cum a trăit”, dar nu realizăm întotdeauna cît adevăr conține această afirmație. Bătrînețea, sau mai bine-zis calitatea îmbătrînirii noastre, are un caracter strict individual și se poate desfășura normal fiziologic sau precoce și accelerat, după cum poate fi și patologică, deci însoțită de multe suferințe și manifestări greu de suportat atît de cel în cauză, cît și de cei din jur.

Dar ce trebuie să facem pentru a realiza acest deziderat general sau ce ar trebui să învețe orice individ încă din primii ani ai copilăriei? Pare simplu și în același timp complicat, pentru că pregătirea pentru vîrsta a treia depinde în mare măsură de nivelul socio-cultural al grupului familial în care se naște, crește și se dezvoltă generația următoare. Astfel, putem considera că deprinderile bune sau rele pe care le învață copilul în cadrul programului zilnic de viață, privind modul de alimentație, somnul, odihna, joaca care au drept scop creșterea și dezvoltarea sa armonioasă reprezintă premisa cea mai importantă a unei evoluții normale și echilibrate pe tot parcursul ciclului ontogenetic, în care se include firesc și bătrînețea. Se întîmplă ca dezordinea, lipsa unor preocupări organizate pentru creștere și dezvoltare normală în copilărie, continuată cu o adolescență nesupravegheată, urmată de o tinerețe „trăită din plin”, însoțită de boli acute sau cronice datorate lipsei unor elementare măsuri de protejare, să se transforme treptat în agresiuni interne și externe asupra organismului, avînd drept consecință finală o anumită calitate a ritmului de îmbătrînire. Cum în majoritatea cazurilor bă-

trînețea se asociază cu boli cronice, instalarea lor pe un organism uzat îmbracă manifestări grave, invalidante, cu consecințe greu de suportat pentru individ și pentru familie.

Privim cîteodată la chipul luminos și calm al unui bătrîn și ne vine în minte vechea zicală: „A îmbătrînit ca aurul”, adică așa cum îmbătrînesc metalele prețioase cărorora timpul le conferă o patină strălucitoare. Din păcate, cel mai adesea asistăm însă la reversul medaliei: întîlnim bătrîni, la care dezordinea în modul de viață și lipsa de respect pentru propria lor persoană li s-au înscris urît pe chip, sugerîndu-ne imaginea unei „ghete uzate” pe care s-a imprimat călcătura strîmbă și nepăsătoare a celui care a purtat-o și care nu s-a gîndit să-i asigure un minimum de îngrijire. Dacă ar suporta singur consecințele, deși nici atunci nu putem sta nepăsători, n-ar fi prea grav, dar, obișnuit, acestea trec în sarcina generației următoare, a colectivității, a statului.

O primă concluzie ar fi că bătrînețea se cere pregătită cu aceeași grijă cu care au fost pregătite toate celelalte etape premergătoare și că în această acțiune inițiativa îi revine individului care este obligat să și formeze treptat un anumit comportament de viață, pe care să-l adapteze judicios, în raport cu interesele și exigențele personale, fără a ignora însă solicitările modului general de viață, cu toate caracteristicile pozitive și negative ale acestui sfîrșit de veac. Am mai spus, dar nu strică să subliniem, comportamentul presupune învățarea unor deprinderi sănătoase de viață; desigur, familia are un rol important în acest sens, dar ideea trebuie preluată de toate mijloacele educaționale pe toate treptele de viață, încît bătrînețea să nu ne surprindă nepregătiți. Să nu ne lăsăm legănați de iluzia că, în baza legii nescrise potrivit căreia copiii trebuie să și accepte și să și îngrijească bătrînii oricum s-ar prezenta ei, vom avea o bătrînețe senină. Uneori probleme foarte grele cu conținut medico-social pe care le ridică îngrijirea unui bătrîn în familie fac să dispară destul de repede sentimentele și afecțiunea care leagă de obicei generațiile între ele, marcînd extrem de dureros anii de sfîrșit ai unei vieți.

Îată și un alt aspect al problemei. În societatea modernă, industrializată, imaginea care se creează despre persoanele bătrîne nu este totdeauna foarte pozitivă. Prejudiciile relativ la vîrstă influențează nu numai atitudinea tinerilor față de vîrstnici și bătrîni, dar chiar și atitudinea celor vîrstnici față de ei înșiși, soldîndu-se cu un anumit comportament negativ de ambele laturi. Să ne explicăm: faptul că valorile pozitive, sub toate aspectele, sînt legate de grupele de vîrstă tinere îi obligă într-un fel pe aceștia să înlăture pe cît este posibil tot ce le amintește de îmbătrînire, adică de anchi-



lozare, rutină, scepticism etc., pe câtă vreme la cei ce se apropie de pensionare aceste rezerve îi fac să se simtă nefolosiți, îndepărtați. Situația este cât se poate de reală și aparține timpurilor noastre. Deci nu poate fi trecută cu vederea. Ar fi poate prea mult să spunem că asistăm la instalarea unor fenomene de gerontofobie, cel puțin nu în țara noastră, unde sentimentul de solidaritate între generații este destul de activ și unde, cel puțin în planul nevoilor de îngrijire a bătrânilor, ele se rezolvă la nivel familial. În acest sens ne menținem cu o tradiție sănătoasă.

Punând însă în discuție atitudinea generației active față de generația vîrstnică și bătrînă este bine să amintim cantitatea și calitatea acțiunilor ce au loc astăzi la noi. O primă direcție se referă la complexul de măsuri cu caracter medico-social cuprins într-un larg cadru administrativ și vizînd întreaga populație vîrstnică și bătrînă; acestea tind să se perfecționeze în raport cu dezvoltarea prin care trece țara noastră. Al doilea aspect se referă la preocupările cercetării științifice bio-medicale și psihosociale, urmărind calitatea ritmului de îmbătrînire în toată complexitatea lui, experimentarea de noi forme de intervenție medico-socială cu conținut profilactic și curativ, delimitînd treptat o știință cu conținut interdisciplinar

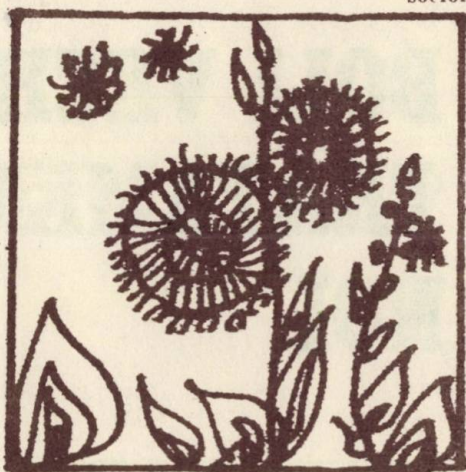
cunoscută sub numele de gerontologie; în strînsă legătură cu cercetările teoretice și practice, asistăm și la demararea unor acțiuni destinate vîrstnicului în toate compartimentele vieții: familie, muncă, timp de recreare, asistență medico-socială, aspecte economice, juridice etc.

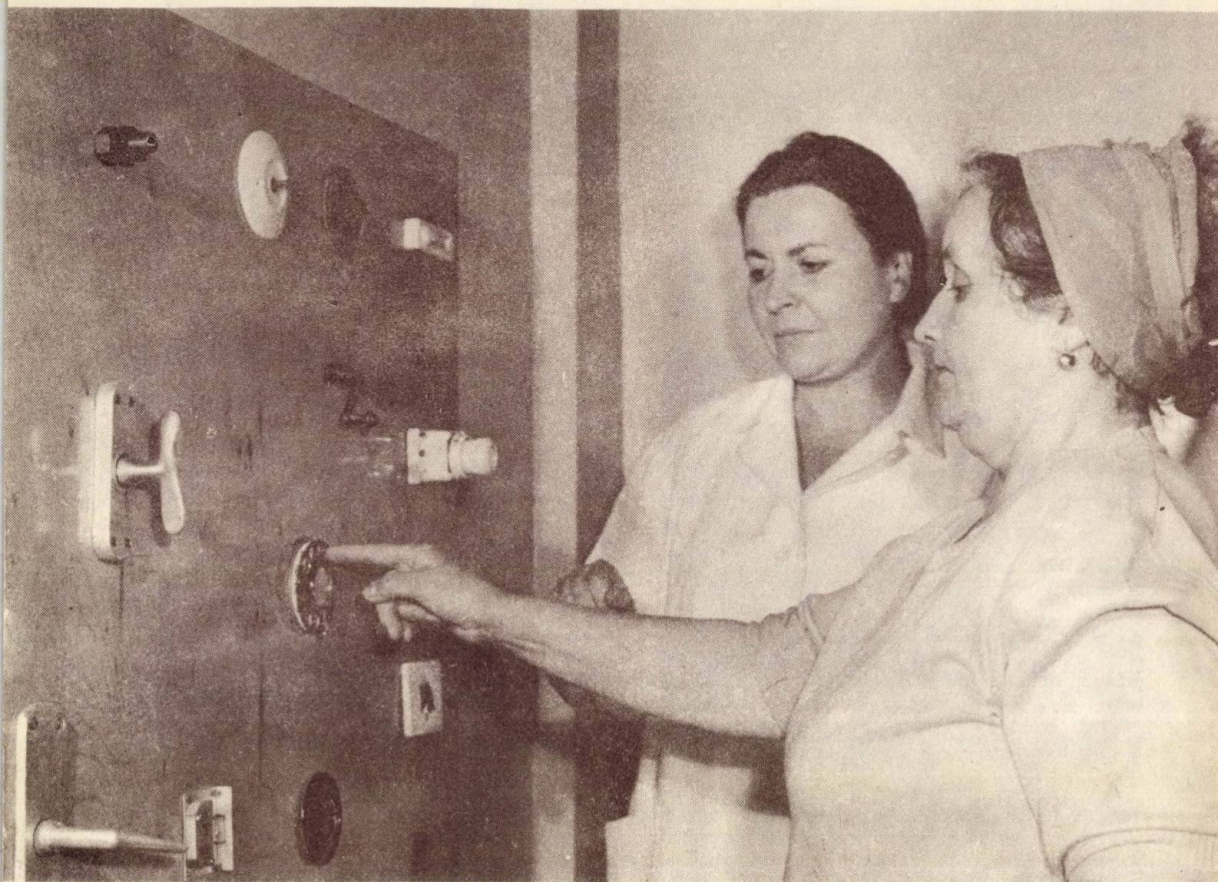
O altă latură foarte însemnată se referă la acțiunea civică a cetățeanului tînăr față de vîrstnicul sau bătrînul care pînă mai ieri a fost în locul lui, cu toate responsabilitățile pe care le presupune integrarea socială. Aici asistăm la o gamă variată de atitudini, care depind în mare parte de nivelul socio-cultural al tînărului, ca și al vîrstnicului, de gradul de progres și civilizație al întregii societăți în care trăim.

Atita timp cît tînărul nu consideră a fi „meritul lui personal“ că e tînăr și că tinerețea sa va fi perpetuă, iar vîrstnicul nu vede numai defectele generației care îl urmează și acceptă ideea că ea are alte trăsături, trăiește între alte coordonate și se confruntă cu alte probleme, se poate stabili o punte de legătură, avantajoasă de ambele laturi. Iar inițiativa se cere a fi mai ales din partea vîrstnicului, care, cu experiența și înțelepciunea acumulate, poate participa, cu tactul și discreția cuvenite, la problemele tinerei generații.

Amintind sumar atitudinea între generații, avansăm ideea că acest aspect face parte integrantă din ceea ce numim pregătirea îmbătrînirii. Predarea și prelucrarea „ștafetei“ implică un comportament realist și echilibrat din partea ambelor generații. Poate ar constitui un subiect de meditație pentru tineri, ca și pentru bătrîni aforismul lui André Maurois: „Arta de a îmbătrîni este arta de a apărea în fața generațiilor care vin după tine, ca un sprijin și nu ca un obstacol, ca un confident și nu ca un rival“.

Ecaterina MUSTĂȚĂ
sociolog





BOLI VECHI, TRATAMENTE NOI

În condițiile progreselor pe care le înregistrează știința acestui sfârșit de secol, speranța de viață lungă a oamenilor capătă tot mai multă acoperire. Nu este exclus, ne asigură savanții, ca într-o bună zi omul să ajungă să trăiască acel maxim de ani la care „are dreptul” — și care din punct de vedere teoretic se situează pentru speța umană în jurul a 110-120 de ani — evitându-se, totodată, cortegiul de inconveniente biologice proprii senectuții. Dar pînă atunci?

Vîrstnicul zilelor noastre a atins un prag de longevitate la a cărui înălțime abia îndrăzneau să viseze părinții lui! El se apropie de 70-80 de ani mai robust, cu potențe

fizice și intelectuale, cu resurse încă proaspete pentru a participa la viața din jur. Dar vechile surse de suferință generată de uzura și deteriorarea aparatelor și sistemelor organismului omenesc însoțesc încă bătrînețea, chiar dacă nu mai fac ravagiile din trecut. Li se opun noi tehnici medicale, tratamente moderne, modificări comportamentale cu valoare terapeutică.

Despre maladii specifice vârstei a treia și boli fără vîrstă, dar cu ecou pînă la sfîrșitul vieții va fi vorba în grupajul de față. Specialiștii pe care i-am abordat se vor pronunța în următoarele probleme:

1. Sint cardiopatia ischemică, adenomul de prostată, ateroscleroza cerebrală, hemoroizii, paraplegiile și hemiplegiile, cistitele și bolile reumatismale „apanajul” bătrîneții? Ce factori favorizează apariția lor?

2. Ce a intervenit nou în tratamentul acestor afecțiuni, ce se anunță în perspectivă?

3. Care sint coordonatele regimului igienico-dietetic ce trebuie urmat?

1. **Cardiopatia ischemică** — afecțiune ce constă în îngustarea calibrului arterelor ce hrănesc mușchiul inimii (arterele coronare), în marea majoritate a cazurilor din cauza aterosclerozei, îngustare responsabilă de apariția anginei pectorale, infarctului miocardic, aritmiilor, insuficienței cardiace cronice sau a deceselor subite — nu reprezintă apanajul vîrstnicilor, deoarece, așa după cum reiese din lucrările unor cercetători, prezența aterosclerozei a fost demonstrată într-o fază incipientă chiar la noul născut, iar în ultima vreme se vorbește din ce în ce mai des de cardiopatia ischemică sub vîrsta de 40 de ani. Există și o diferență de structură între arterele vîrstnicului și cele ale ateroscleroticului, în primul caz fiind vorba de modificări de involuție legate de vîrsta înaintată, de senilitate, ce fac ca artera să devină rigidă și dilatăată, în al doilea caz modificările fiind degenerative, cu depunerea plăcilor de aterom în peretele intimal al arterelor, plăci care vor obstrua progresiv arterele cu suprimarea parțială sau totală a circulației singelui la acest nivel. Scriem acum pentru vîrstnicii purtători ai aterosclerozei, dar ideal ar fi ca semnalele noastre să găsească ecou înainte de a se intra în vîrsta a treia, cînd boala este deja instalată.

În apariția cardiopatiei ischemice, respectiv a aterosclerozei coronariene, sint implicați 25 factori de risc, dintre care amintim pe cei mai importanți: **ereditatea**: se admite o predispoziție ereditară care va realiza cardiopatia ischemică numai în prezența unor influențe ale mediului (obezitate, sedentarism, consum excesiv de cafea, tutun), influențe în absența cărora cardiopatia ischemică nu va apare nici la cei cu o predispoziție ereditară; **dislipidemia**: prin care se înțelege o creștere a concentrațiilor grăsimilor în singe, în mod deosebit a co-

lesterolului și trigliceridelor, concentrație ce are la bază fie defecte ereditare, fie o alimentație excesivă cu grăsimi animale, produse zaharoase; **hipertensiunea arterială**: care favorizează cardiopatia ischemică printr-o presiune crescută direct asupra pereților vasculari sau eliberarea de substanțe vasopresoare și care va genera ateroscleroza pe coronare cu atît mai mult cu cît cifrele tensionale, vor fi mai ridicate; **diabetul zaharat**: dacă ținem cont de faptul că ateroscleroza apare la diabetici cu 10—14 ani mai devreme decît la cei nediabietici și că 70 la sută din decesele diabeticilor survin prin complicații vasculare, ne putem imagina importanța diabetului zaharat ca factor de risc coronarian; **obezitatea**: consecință a supraalimentației, dar și a unui nivel cultural mai scăzut, nu trebuie subestimată, fiindcă mortalitatea prin infarct miocardic la obezi este de 60 la sută la femei și 53 la sută la bărbați, iar riscul morții subite la obezi este mult mai mare față de normoponderali; **factorii endocrinini**: deși se afirmă că femeile sint protejate față de ateroscleroză pînă la menopauză, datorită hormonilor sexuali feminini, astăzi ateroscleroza coronariană se constată și la femei tinere, între 30 și 40 de ani, fapt explicat prin influența tutunului, obezitității, anticoncepționalelor, solicitărilor profesionale sau stărilor de încordare psihomotională; **sedentarismul**: apare ca o consecință a muncii de birou, folosirii excesive a mijloacelor de transport, a unei educații sanitare deficitare, favorizînd obezitatea și consecințele ei expuse mai sus; **stressul psihic**: conflictele, neînțelegerile la locul de muncă sau în familie duc la descărcări de catecolamine, substanțe care produc hipertensiune arterială, perturbări în metabolismul grăsimilor sau agregări plachetare; **consumul excesiv de tutun**,

CARDIOPATIA
ISCHEMICĂ

alcool și cafea: se înscriu pe lista factorilor de risc coronarieni, tutunul prin componentele sale (oxidul de carbon și nicotina), alcoolul prin creșterea grăsimilor în sânge și favorizarea obezității, cafeaua prin accelerarea bătailor cordului și creșterea cifrelor tensionale; **personalitatea coronariană:** se referă la indivizii care vor să obțină cât mai mult într-un timp cât mai scurt, competitivii, ambițioșii, agresivii, nerăbdătorii în urcarea treptelor sociale, indivizi expuși la riscul cardiopatiei ischemice mult mai mult față de cei cu un sistem nervos echilibrat.

2. Să ne referim la medicația ce împiedică formarea sau progresiunea plăcii de aterom. Dat fiind că regimul dietetic nu a rezolvat decât parțial nivelul colesterolului (al cărui rol în ateroscleroză rămâne de necontestat), cercetătorii au descoperit în ultimii 25 de ani o serie întreagă de medicamente hipocolesterolemizante pe care practica medicală le-a eliminat pe rând sau le-a limitat aplicarea fie din cauza rezultatelor terapeutice discutabile, fie din cauza efectelor lor secundare.

Clofibratul, medicamentul cel mai răspândit pe plan mondial, începe și el să se clatine pe pedestal. Astfel, în 1978, rezultatele unui studiu al O.M.S. privind riscul cancerigen al Clofibratului determina R.F.G. să decidă suspendarea comercializării acestuia, pentru ca un an mai târziu, în septembrie 1979, un alt studiu să-l reabiliteze în farmacopeea germană. Publicațiile franceze din ultimele luni adoptă poziții contradictorii, rezervându-l numai hipertensiunilor severe, în același timp făcând în continuare restricții preparatelor similare. În fine, o anchetă și mai recentă, din 1980, găsește că după tratament de durată cu Clofibrat mortalitatea prin afecțiuni hepatice, biliare, intestinale este mai crescută, iar al celor co-

lecistectomizați s-a triplat. Deci, incertitudini asupra Clofibratului. Cu toate acestea, aplicarea lui se înregistrează în continuare.

Cum de multe ori noutățile terapeutice sînt de fapt reluări ale vechilor medicamente, se constată astăzi o revenire a interesului pentru steroizii vegetali care inhibă absorbția prin mucoasa intestinală a colesterolului endogen și alimentar; reluări datorită toleranței și, a lipsei efectelor secundare.

Fără îndoială, în perspectivă, arsenalul medicamentos actual va fi completat cu noi normolipemizante, dar din păcate acestea nu pot fi decât adjuvante alături de un regim alimentar restrictiv, fără de care eficacitatea lor nu este optimală.

De asemenea, medicina preventivă în cardiopatia ischemică pare să fie mai bine conturată, ea necesitînd o metodologie, o strategie ce implică acțiunea coordonată a corpului medical, a Crucii Roșii, a părinților și educatorilor care vor imprima copiilor măsuri de igienă alimentară pentru a preveni această severă boală care a încetat să mai fie a bătrîneții, coborînd spre vîrstele tinere.

3. De la început menționez că regimul igienico-dietetic din cardiopatia ischemică se referă la prevenirea sau, dacă ateroscleroza coronariană s-a instalat, la tratamentul acesteia, măsurile igienico-dietetice vizînd de fapt combaterea factorilor de risc enumerați mai înainte. Iar acest regim se va aplica încă din copilărie, deoarece placa de aterom odată formată este mai puțin sau de loc influențată de aceste măsuri. Se poate afirma, fără exagerare, că fără cultură sanitară nu se poate preveni și combate această gravă afecțiune atît de răspîndită în vremurile noastre.

Conf. dr. Mihai MORONESCU
Facultatea de Medicină
Craiova

ADENOMUL DE PROSTATĂ

1. Cunoscut încă de mult adenomul de prostată și-a păstrat lungă vreme reputația unei boli severe, chinuitoare, datorită atît grelelor suferințe pe care le determină cît și caracterului solicitant, riscant al tratamentului său chirurgical, complicațiilor și sechelelor acestuia.

Odată cu perfecționarea tehnicilor chirurgicale, a metodelor de anestezie — reanimare și apariția chimio — și antibioterapiei, condițiile s-au schimbat sensibil, și astăzi prognosticul este categoric ameliorat.

Adenomul de prostată, cea mai des întîlnită tumoară benignă la sexul masculin, reține însă în continuare atenția prin frecvența sa (unii autori considerînd că peste 50 la sută dintre bărbații trecuți de 50 de ani îl poartă), ca și prin implicațiile pe care, netratat, le poate genera.

Dacă este adevărat că astăzi, prin organizarea superioară a rețelei de asistență sanitară, purtătorii acestei afecțiuni ajung la specialist mai devreme, înaintea constituirii leziunilor renale și apariției complicațiilor, nu este mai puțin adevărat că se

pot încă înregistra aspecte de temut, severe, greu de tratat.

Considerat ca un apanaj al vârstei înaintate, adenomul de prostată apare și se manifestă, de regulă, la bărbații de circa 60 de ani. Există însă și destul de numeroși bolnavi, după unele statistici 30—35 la sută, la care adenomul este semnalat în jurul vârstei de 70 de ani sau mai târziu, iar alții, aproximativ 10 la sută, la care boala apare înainte de 60 de ani. Au fost citate, e drept excepțional, și cazuri în care adenomul a apărut la bărbați tineri, de 30—40 de ani, sau chiar între 20 și 30 de ani. În marea majoritate însă boala interesează vîrstnicii.

De reținut că prezența tumorii, atît de frecventă, nu se însoțește la toți purtătorii ei de o expresie clinică. La un număr apreciabil de bolnavi, și aceasta fără legătură strictă cu volumul adenomului, afecțiunea este un timp bine tolerată și nu-și trădează prezența decît prin foarte reduse semne urinare (creșterea discretă a numărului de evacuări ale urinei în 24 de ore, o ușoară scădere a forței jetului urinar, o oarecare întîrziere în execuția micțiunilor). Alteori, perioade relativ scurte de solicitări și schimbări mai notabile în caracterul micțiunilor sînt întrerupte de lungi intervale de relativă acalmie.

După laborioase și cîteodată controversate cercetări clinice și experimentale, cauza apariției acestui tip de tumoră benignă la bărbați este astăzi din ce în ce mai fundamentat legată de tulburări hormonale. Se presupune, cu temei, de către tot mai mulți specialiști, că adenomul de prostată reprezintă în fond o endocrinopatie, apariția neoformăției fiind dependentă de o excesivă activitate a hormonilor androgeni. Experimental s-a dovedit dealtfel

că administrarea de produse antiandrogenice este capabilă să ducă la dispariția sau reducerea de volum a adenomului. La om însă acest gen de terapie nu a dat aceleași constante rezultate și mai ales este greu de acceptat datorită inhibiției pe care o atrage în activitatea sexuală și prezenței, greu de tolerat, a semnelor de feminizare (ginecomastie).

2. Imposibilitatea, pe de o parte, de a găsi o terapie medicală constant eficientă și în același timp ușor acceptabilă de bolnav, iar pe de altă parte necesitatea pentru un mare număr de pacienți de a înălțura obstacolul plin de consecințe pe care-l reprezintă prezența adenomului pe căile urinare inferioare fac încă și astăzi din actul chirurgical terapeutic preferențial. Există însă în acest sens nuanțe demne de reținut.

Actul operator, cu toate perfecționările și condițiile moderne ameliorate, este încă marcat de o serie de inconveniente și uneori riscuri care, dacă apar acceptabile logic la purtătorii de adenoame pentru care doar o deblocare chirurgicală poate suprima o intensă și prelungită suferință, devine greu de impus celor la care tulburările micționale sînt încă discrete, iar răsunetul la distanță asupra căilor urinare superioare și rinichilor nu a apărut.

Pe de altă parte, există și destui vîrstnici purtători de adenom de prostată care, cumînd și afecțiuni ale altor aparate, sînt greu de supus actului chirurgical uzual, adică extirpării tumorii.

Aspectele amintite au determinat încă mai de mult căutări pentru adoptarea de mijloace mai puțin solicitante de înlăturare a tumorii, și ultimii ani au înregistrat în acest sens pătrunderea în practică, din ce în ce mai largă, a chirurgiei endoscopice. Aceasta, fără a mai

recurge la o intervenție chirurgicală deschisă, comportă electrozecția tumorii cu un instrumentar special pe cale uretrală. Solicitarea pentru bolnav este net mai mică, urmările postoperatorii mai scurte și comode, dar procedul nu se dovedește rațional aplicabil decît în adenomul de un volum relativ redus. În plus, extirparea completă pe această cale este destul de discutabilă. Oricum, pentru suficient de multe cazuri, mai ales pentru bolnavii altfel greu sau deloc abordabili chirurgical, o asemenea procedură aduce o soluție cert avantajoasă.

Pe aceeași linie a unor mai reduse traume și solicitări s-a introdus în ultimii ani în tratamentul adenomului de prostată și crio-chirurgia care urmărește înlăturarea tumorii tot pe cale endoscopică, uretrală, prin înghețarea țesutului patologic. Cu ajutorul unei sonde ce ajunge în imediată vecinătate cu adenomul și folosindu-se temperaturi deosebit de joase (—160 grade C) se obține rapid o înghețare a țesutului vizat ce se va elimina ulterior, în fragmente, tot pe cale naturală, uretrală. Și acest procedeu nu este însă aplicabil în oricare din cazuri, nu are caracter complet și, mai ales, nu e lipsit de riscuri, ceea ce face să fie rezervat numai unor cazuri cu indicații bine alese.

În ceea ce privește tratamentul medical, nechirurgical, deși încă nu s-a putut găsi formula unei terapii cu rezultate constante și durabile, există justificate motivări pentru a încerca o astfel de terapie acolo unde tulburările urinare sînt încă minime și se mențin mai de mult în acest stadiu, acolo unde bolnavul evită actul chirurgical sau unde riscurile operatorii sînt crescute datorită vârstei sau altor boli asociate.

Folosind terapia decongestivă antiinflamatoare, eventual antiinfecțioasă, hormo-

noterapia, o asemenea atitudine, fără a pretinde să înlocuiască actul chirurgical, poate aduce ameliorări, uneori deosebite, și contribuie la menținerea într-un stadiu convenabil de evoluție a bolii.

3. La obținerea unor asemenea rezultate, un notabil aport îl poate da și regimul igienico-dietetic. Dealtminteri, în genere, purtătorul unui adenom de prostată trebuie să respecte o serie de reguli igienico-dietetice. Astfel, sint de evitat cu strictețe orice condimente, alimente iritante, băuturile alcoolice, mai ales cele tari, mesele copioase, șederea îndelungată pe scaune sau fotolii confortabile, activitatea sexuală intensă sau laborioasă (toate congestiile putînd duce la agravări), folosirea abuzivă, constantă a produselor diuretice. Se recomandă prudență în uzul de produse antispastice, întrucît pot greva evacuarea vezicii și așa defectuoase. Purtătorul unui adenom de prostată trebuie să-și golească ritmic vezica și mai ales să evite să se culce cu vezica plină sau să consume lichide din abundență seara și noaptea. Frigul chiar în sezonul cald și schimbările bruște de temperatură sint dăunătoare și de înlăturat.

O viață ordonată, cu o alimentație ritmică, rațională, mișcarea în aer liber, mici plimbări sint recomandabile.

La o vîrstă cînd asemenea reguli sint oricum indicate, prezența unui adenom de prostată le face și mai necesare. Pentru purtătorii acestor tumori benigne ale prostatei, condițiile de investigație și terapie sint astăzi cert ameliorate, dar posibilitățile de asistență medicală sint potențate de un diagnostic precoce (ceea ce presupune controale periodice, regulate) și de respectarea indicațiilor pe care doar specialistul este chemat să le precizeze.

Conf. dr.
Paul CLAUDE IOANID
I.M.F. — București

ATEROSCLEROZA CEREBRALĂ

1. Nu se poate spune că ateroscleroza cerebrală este numai apanajul bătrîneții. Desigur, numărul neuronilor din creier se diminuează evident spre vîrstele mai înaintate, dar experiența acumulată compensează fixarea memorială mai dificilă în elaborarea proceselor de gîndire. Aportul sanguin cerebral deteriorat poate antrena o distrugere neuronală mai mare. În felul acesta, ateroscleroze prejudiciază activitatea cerebrală și produce, pe lîngă deficiențele intelectuale, și invalidități motorii. Ateroscleroza cerebrală poate să se instituie destul de timpuriu în cazuri în care este facilitată de alte boli, cum sint: diabetul, hipertensiunea arterială, boli cardiace sau factori de risc reprezentați prin modul de alimentare și, în general, de viață.

Leziuni ale vaselor cerebrale similare celor provocate de ateroscleroză pot fi determinate și de factori infecțioși (bolile febrile eruptive ale copilăriei, sifilis, malarie) sau toxici (îndeosebi intoxicația cu oxid de carbon,

plumb, mercur). De aceea, se poate spune că tulburări de irigație cerebrală prin alterarea structurii vaselor sanguine pot apare la orice vîrstă. Există apoi factori genetici care creează o predispoziție la ateroscleroză ce poate fi antrenată timpuriu de factorii de risc.

În concluzie trebuie însă reținut faptul că vîrsta cea mai receptivă la leziuni vasculare cerebrale de tip aterosclerotic începe cu a șasea decadă a vieții și din acest motiv măsurile preventive trebuie luate mai devreme.

2. În domeniul aterosclerozei se cunosc acum principalele perturbări ale metabolismului care o pot determina. De asemenea și factorii favorizanți denumiți sugestiv „factori de risc”. Între aceștia o pondere mare o au unele deprinderi și le numim așa pentru că ele se furizează pe nesimțite în comportament. Astfel sint consumul exagerat alimentar, de alcool, fumatul, viața sedentară, consumul exagerat de cafea.

Pe fondul acestor deprinderi, care prin riscurile ce le creează le putem numi patologice, se dezvoltă: hipertensiunea arterială, sclerozarea și îngustarea arterelor, reducerea capacității de ventilație pulmonară.

Biochimia a reușit să clarifice perturbările metabolice care preced și însoțesc ateroscleroza. Cunoscută aceste perturbări, s-au creat și medicamente care să le înlăture sau să le atenueze. Înlăturarea lor însă este posibilă numai în fazele incipiente de boală.

Cu cît boala este tratată într-un stadiu mai înaintat, cu atît atenuarea acestor tulburări este mai dificilă. Dar soluția cea mai eficace de prevenire a bolii o constituie eliminarea factorilor de risc citați. Nu se pot obține rezultate terapeutice eficiente dacă deprinderile vicioase persistă.

În ceea ce privește perspectivele profilaxiei și terapiei aterosclerozei, ele se întrevăd în două direcții. În primul rînd,

un rol deosebit îl pot avea influențele educative de masă — educația sanitară și crearea unei opinii de masă privind caracterul dăunător al fumului care constituie un factor de risc și pentru alte boli, cum sînt cancerul sau tulburările de irigație ale inimii. De asemenea, trebuie să fim ajutați de o campanie educativă în vederea reducerii consumului de alcool și cafea, pentru răspîndirea largă a unor sfaturi igienice privind petrecerea timpului liber, folosirea mijloacelor de energetizare fizică și intelectuală a organismului prin sport. În al doilea rînd se situează mijloacele terapeutice de prevenire și înlăturare a tulburărilor metabolice ce dezvoltă ateroscleroza. Se impun controale medicale periodice preventive pentru a surprinde în faza inițială modificările biochimice ce preced instalarea aterosclerozei. Periodicitatea acestor controale medicale este dependentă de vîrstă. Se știe că există și o tendință naturală de ateroscleroză la vîrste mai înaintate. Factorii de risc enumerați o pot precipita. De aceea, la decadele de vîrste mai înaintate explorările clinice și de laborator trebuie făcute mai des. Se adaugă, de asemenea, în perspectivă, lărgirea sortimentului terapeutic, deoarece acum se cunosc mai în profunzime tulburările biochimice ale aterosclerozei.

3. Alimentația rațională trebuie să țină seama de etapele fiziologice ale vieții, etape în care metabolismul substanțelor nutritive este diferit ca amploare și intensitate, pe de o parte în raport cu solicitările energetice ale organismului, iar pe de altă parte în raport cu capacitatea funcțională a aparatelor și sistemelor biologice ce participă la prelucrarea substanțelor nutritive. De aceea, se poate vorbi de o alimentație a primelor luni de viață, a copilăriei și adolescenței, a perioadei adulte și a vîrstelor înaintate.

Profilaxia bolilor vasculare frecvente la vîrstele înaintate se realizează printr-o alimentație și un mod de viață rațional încă din perioada vîrstei adulte.

În primul rînd se cere combătut un abuz de calorii, adică de consum alimentar cu valoare calorică peste nevoile organismului. În raport cu consumul de energie pe care îl solicită, diferitele profesii ar trebui să aibă și indicațiile unui regim alimentar corespunzător, ca un ghid orientativ cu valoare educativă. Dar în general „riscul de abuz” se realizează în consumul hidraților de carbon (zahăr, paste făinoase, prăjituri) și al grăsimilor (îndeosebi animale), care au predispoziția de a fi, în cazul cînd sînt excedentare, fixate în depozite pe țesuturi, realizînd o creștere a țesutului adipos subcutanat sub formă de obezitate. Pe lângă aceasta, deseori metabolizarea (transformările în singe) se fac incomplet, apar produși intermediari care se fixează pe pereții vaselor cu singe și îngustează calibrul lor, diminuînd astfel irigația principalelor organe: creier, inimă, rinichi.

Un alt factor de risc la concurență cu abuzul alimentar caloric este sedentarismul. Activitatea fizică facilitează prelucrarea alimentelor în organism pînă la produși finali care folosesc nevoilor energetice și care, în caz excedentar, pot fi ușor eliminați din organism.

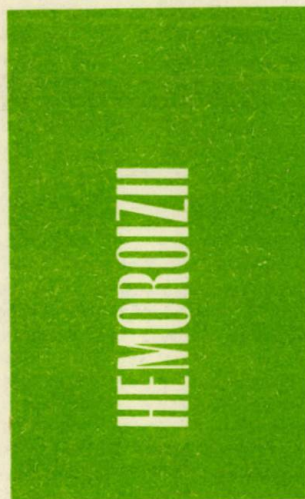
La o vîrstă mai înaintată, capacitatea de prelucrare a alimentelor în organism este mai dificilă și din acest motiv trebuie evitate mesele copioase. Se preferă, pentru a facilita deci metabolizarea, mese mai reduse cantitativ, și îndeosebi cele de seară, cînd lentitatea circulației cerebrale din cursul nopții crează riscuri de depunere pe artere.

Există un parametru simplu de verificare a depășirii

aportului alimentar rațional, și anume raportul dintre greutatea corporală și statură. În medie, greutatea corporală trebuie să fie exprimată în kg, cu 100 mai puțin decît statura exprimată în centimetri. Acest parametru orientativ poate fi ușor echilibrat prin reducerea aportului alimentar.

Pe lângă această atenție la greutatea corporală, se impune și un control medical periodic, mai ales după vîrsta de 35 de ani, pentru a se putea sesiza la timp unele perturbări vasculare și metabolice care pot coexista chiar cu o greutate corporală adecvată înălțimii. Verificarea tensiunii arteriale și a nivelului unor constituenți normali ai singelui — glucoza, ureea, colesterolul, lipidele — constituie componente ale examenului medical de verificare periodică a stării de sănătate.

Prof. dr.
Ion STAMATOIU
I.M.F. — București



1. Hemoroizii reprezintă o boală despre care se știa încă din antichitate. Denumirea, dată de Hipocrate, însemnează „singerare”, vrînd să arate scurgerile de singe prin ori-

ficiul anal. Astăzi denumirea poate fi considerată improprie, simptomatologia bolii fiind mai complexă și suferințele bolnavului, chiar în absența hemoragiei, deosebit de suferitoare: durere, mâncărimi, arsură, tenesme (contractie pulsatilă dureroasă) în regiunea anală. Boala a figurat și în medicina veche, documente arheologice atestând existența unor medici specializați în tratamentul hemoroizilor la egipteni, în India și Mesopotamia.

Hemoroizii nu reprezintă, ca boală, apanajul bătrâneții. Frecvența mai crescută după vîrsta de 50 de ani și raritatea afecțiunii la copii pot fi înțelese numai dacă vom încerca să interpretăm mecanismul apariției hemoroizilor. Indiferent de cauzele directe, două condiții se află la baza generală a apariției acestei boli: a) staza venoasă secundară creșterii presiunii în pelvis (abdomenul inferior) și b) alterarea pereților venelor din plexurile hemoroidale situate în regiunea ano-rectală. Dintre cauzele care cresc presiunea venoasă în pelvis cele mai importante sînt: tumorile (prostate la bărbați și genitale la femei), bolile ficatului, graviditatea și insuficiența cardiacă. Dintre afecțiunile incriminate în alterarea pereților vaselor hemoroidale reținem: defectele țesutului collagen (ce se pot transmite ereditar), inflamațiile regiunii (strîns legate de o igienă locală deficitară). Pe lângă acestea, trebuie să acordăm locul cuvenit și altor cauze așa-numite favorizante, ca: bolile digestive, constipația sau diareea, viața sedentară, statul prelungit pe scaun și lipsa exercițiilor fizice. Alimentația bogată în condimente, sosuri și excesul de băuturi alcoolice se găsesc, frecvent, la baza apariției bolii. Hipertensiunea arterială și bolile de plămîni însoțite de tuse rebelă sînt adesea cauza de apariție și întreținere a hemoroizilor.

Înțelegerea mecanismelor de apariție a hemoroizilor ne dă posibilitatea să prevenim suprapunerea unor complicații și, chiar, apariția în sine a bolii la cei predispuși. Astfel, operarea din timp a tumorilor genitale, tratarea precoce a afecțiunilor prostatei, igiena și gimnastica în timpul gravidității ar putea scuti o mare categorie de oameni de apariția hemoroizilor. Bolnavii de ficat, în special cei cu hepatită cronică, cardiaccii cu fenomene de insuficiență circulatorie (edeme, hepatomegalie) și suferinzii cu varice trebuie să evite la maximum constipația, sedentarismul, statul prelungit pe scaun și să păstreze o igienă cit mai riguroasă a anusului și perineului. Defectele de collagen (țesut elastic) se transmit ereditar, motiv pentru care părinții cu hemoroizi ar trebui să acorde un interes mai mare descendenților, învățîndu-i să prevină apariția bolii la care s-ar putea să aibă predispoziție. Constipația este o cauză foarte frecventă a hemoroizilor prin traumatismul și staza venoasă pe care o întretine; combaterea ei trebuie considerată ca o măsură elementară de prevenire. De asemenea, bolile digestive care se manifestă prin scaune frecvente (enteritele, colitele și diareile de altă natură) duc la iritația rectului și anusului, predispunînd la alterarea plexurilor venoase hemoroidale. Dintre toate aceste măsuri de prevenire nu trebuie să lipsească preocuparea pentru o igienă riguroasă a scaunului; spălarea cu apă caldă și evitarea ștergerii brutale, folosirea unei lenjerii de bumbac, curată și neiritantă are un rol esențial în prevenirea și apariția unor inflamații care să ducă la dezvoltarea, în timp, a hemoroizilor. Gimnastica și mersul pe jos contribuie la activarea sistemului venos al circulației periferice și la menținerea elasticității peretelui venos. Persoanele cu plusuri ponderale

și obezii suferă de dificultăți ale circulației de întoarcere, fiind predispuși la apariția hemoroizilor. Sedentarismul și constipația devin, deci, mai primejdioase la această categorie.

2. Am insistat, în mod voit, asupra mijloacelor de prevenire, avînd în vedere că progresele terapeutice înregistrate în ultimii ani în combaterea hemoroizilor nu sînt deloc spectaculare. Bolnavilor de hemoroizi le vom oferi o scurtă trecere în revistă, apreciativă, asupra tratamentelor ce se fac astăzi și asupra eficienței lor, insistînd asupra unor metode simple a căror valoare va fi apreciată după ce își va dovedi folosul. Injecțiile sclerozante, practicate în trecut pe scară largă, au astăzi indicații mai restrînse, avînd în vedere unele complicații și neajunsuri pe care le pot da dacă nu a fost bine ales momentul și faza evolutivă a bolii. Diatermocoagularea cu ajutorul unui curent electric cu intensitate de 80—100 de miliamperi aplicat cîteva secunde la baza fiecărui pachet hemoroidal are o aplicare tot mai largă prin eficacitatea și lipsa complicațiilor post-operatorii.

Tratamentul chirurgical este diferențiat în funcție de bolnav și stadiul evolutiv al bolii atunci cînd tratamentul conservator medicamentos și regimul igienico-dietetic nu au dat rezultate sau atunci cînd au apărut complicații redutabile, cum sînt: hemoragiile, trombozele, fisura anală, supurațiile ș.a. Tehnicile chirurgicale sînt variate, pornind de la simpla ligatură și rezecție a pachetelor hemoroidale și pînă la operațiile radicale, în care odată cu hemoroizii se ridică tot cilindrul mucus ano-rectal pe o zonă mai mare sau mai mică, în funcție de aspectul leziunilor și de prolapsul mucus survenit prin evoluția bolii și hipotonia sfincteriană. Merită să reținem faptul, lău-

dabil, că un român (Vernescu) este socotit deschizător de drum în aceste intervenții radicale complexe. Operațiile de acest tip îi poartă numele în toate tratatele din lume spre cinstea școlii chirurgicale românești.

3. Igiena locală are un rol esențial. După scaun, în locul ștergerii cu hirtie igienică sau mai aspră, se va prefera spălarea cu apă caldă și uscarea prin tampo-nare cu un prosop moale. Gimnastica muscularii perineale și a sfincterilor anali are o acțiune trofică asupra țesuturilor și realizează o go-lire eficientă a plezurilor venoase hemoroidale, combătând staza care duce la apa-riția hemoroizilor. Ea constă în contracția și decontractia voluntară și ritmică a sfincterului anal de cinci minute, executată de trei ori pe zi. Băile de șezut cu mușel sau permanganat de potasiu au mai mare efect dacă sint calde pînă la limita suportabili-tății. Au un rol calmant și de dezinfecție, combat iri-tația și previn apariția in-fecțiilor, mai ales la bolnavii care au un strat mai gros de grăsime și care transpiră intens în regiunea perino-anală. Pomezele sau supozi-toarele sint numeroase, dar se vor folosi numai după indicația medicală. Ele au efecte în calmarea unor ma-nifestări frecvente, cum sint: senzație de arsură, mîncărime sau jenă dureroasă anală.

Bolnavii de hemoroizi tre-buie să fie convinși că apa-riția afecțiunii este, de cele mai multe ori, legată de con-tribuția lor negativă, de anu-mite excese și abateri de la regimul alimentar și de lipsă de igienă. Evoluția bolii, de asemenea, poate fi influen-țată în mare măsură de com-portamentul fiecărui bolnav în sensul la care ne-am re-ferit mai sus.

**Dr. Mircea
CONSTANTINESCU**

PARAPLEGIE ȘI HEMIPLEGIE

1. Odată cu înaintarea în vîrstă, circulația cerebrală începe să devină deficientă, dată fiind instalarea în timp a procesului de ateroscleroză. Din această cauză, pe lingă o serie de semne de senescen-ță caracteristice vîrstei în-a-intate, ca scăderea memoriei, a atenției, astenia fizică și intelectuală, insomnie, labi-litate afectivă, apare o difi-cultate în mers prin instala-rea treptată a unui deficit motor la membrele inferioare ca urmare a unei tulburări de circulație în arterele cere-brale interesînd zonele motorii ale creierului. Această di-minuare a forței musculare la membrele inferioare, nu-mită parapareză, se accentu-ează cu timpul, ceea ce de-termină un mers greoi și uneori chiar imposibil, de-venind paraplegie. Alteori, tulburările circulatorii cere-brale se localizează predomi-nant la un emisfer cerebral unde produce o zonă de ramo-lisment (infarctul cerebral) care determină apariția unei paralizii pe partea opusă a corpului și a membrelor res-pective, ceea ce constituie he-miplegia. Hemiplegia la bă-trîni se poate instala și prin-

tr-un proces de hemoragie cerebrală favorizată de ate-roscleroză și hipertensiune ar-terială, reprezentînd un acci-dent vascular de mare gravi-tate care duce deseori la moarte. Este important de cunoscut că uneori parap-reza, dar mai ales hemipareză pot fi trecătoare, tulburările circulatorii de tip ischemic restabilindu-se (atac ische-mic tranzitoriu); repetarea fenomenelor sfîrșește prin in-stalarea în timp a unei paralizii definitive.

Ca factori care favorizează instalarea paraplegiei sau he-miplegiei la bătrîni cităm: obezitatea, fumatul excesiv, consumul de alcool, diabetul, diverse boli de singe, efortu-rile fizice și intelectuale prea mari, precum și nerespecta-rea regimului alimentar. Ci-tarea acestor factori ne ser-vește să arătăm că fenome-nele paraplegice și hemiple-gice nu însoțesc automat bă-trînețea. Dacă printr-un com-portament igienic instaurat încă din tinerețe factorii fa-vorizanți au fost evitați sau asanați riscurile sint infinit mai reduse!

2. Ca în oricare altă boală, și în cazul paraplegiei și hemiplegiei la bătrîni este mai ușor să previi decît să tratezi. Totuși, dacă procesul s-a declanșat, tratamentul este obligatoriu a se efectua într-un serviciu de specialitate. În acest sens, pentru paralizii instalate acut și mai ales cerebrale dispunem astăzi de servicii de terapie intensivă dotate cu aparatură și metode de tratament moderne; tra-tamentul instituit din pri-mele momente ale bolii are o eficacitate mai mare. După trecerea fazei acute a acciden-tului vascular cerebral se con-tinuă tratamentul medicamen-tos corespunzător; foarte im-portantă este însă aplicarea metodelor de tratament într-un serviciu de recuperare ne-uromotorie, unde prin pro-cedeele științifice de care dis-punem azi se influențează favorabil evoluția bolii.

3. Respectarea cu strictețe a unui regim igienico-dietetic reprezintă nu numai un element important pentru succesul terapeutic, dar este o măsură de profilaxie împotriva agravării bolii, pentru preîntâmpinarea unui nou accident.

În prescrierea unui regim alimentar, la bătrînii cu ateroscleroză se are în vedere, în primul rînd, reducerea consumului de produse și grăsimi animale (ouă, creier, ficat, carne de porc, unt, untură, brînzeturi grase) și înlocuirea lor cu uleiuri vegetale (ulei de floarea-soarelui, de porumb sau de soia). În al doilea rînd, se reduc din alimentație hidrații de carbon (zahărul și produsele zaharoase) care au un rol în sinteza grăsimilor, deci și a colesterolului, și folosirea glucidelor mai complexe din legume și fructe. Se realizează astfel scăderea aportului caloric pînă la 1400–1600 de calorii zilnic, evitîndu-se astfel obezitatea și instalarea sau accentuarea aterosclerozei care la bătrîni favorizează apariția paralizilor. Regimul igienic se completează prin reglementarea condițiilor de viață și de muncă, fără eforturi fizice și intelectuale mari, cu un program rațional de exerciții fizice în raport cu particularitățile clinice, vîrsta și gradul de adaptabilitate al individului. Evitarea alcoolului și fumatului este de la sine înțeleasă.

Prof. dr.
Gh. PENDEFUNDA
I.M.F. — Iași



1. Pentru a putea vorbi de cistite este necesar să definim mai întîi noțiunea și apoi semnificația lor.

Cistita este o congestie a mucoasei vezicale, boală care se manifestă prin trei semne precise: polakiurie (urînări frecvente), dureri postmictionale sub formă de contracțiuni în regiunea vezicii deasupra simfizei pubiene (durerile pot fi mai mult sau mai puțin violente), piurie (prezența puroiului în urină). Fără puroi nu putem vorbi de cistite, dar și prezența puroiului are o semnificație valabilă numai în cazul cînd urina a fost recoltată corect, prin toaleta riguroasă a organelor genitale (la ambele sexe). Cistita este apiretică (fără febră).

Prima întrebare care apare de la această definiție este dacă urinarea frecventă și durerea sînt egale cu cistita. Răspunsul este negativ.

Cu toate acestea, în rîndul neînșițaților, urinarea frecventă și durerea devin egale cu boala pe care o numim cistită.

Urînările frecvente pot avea drept cauze, ca și durerea de altfel, parazitoze (trichomoniază), micoze (microciti-perci), fisuri perianale, hemoroizi infectați, leucorei etc. Este de la sine înțeles că în aceste situații va fi tratată cauza în mod diversificat, după agentul care le-a provocat și nu numai dezinfectant, ci și chimioterapie sau antibiotic.

Cistita este mult mai frecventă la femei decît la bărbați. Una dintre explicații ar fi uretra mult mai scurtă la femeie, 1,5–2 cm, și care favorizează infecția spre vezică. Se remarcă trei cauze importante care duc la cistite: renale (t.b.c., pielonefrite etc.); digestive (enterocolite, infecții biliare etc.); genitale (inflamații genitale, leucorei, trichomonas, micoze etc.).

Vîrsta înaintată nu este scutită nici ea de apariția cistitelor. La vîrstnici, și în special la bărbați, cistitele sînt secundare unor afecțiuni mai cu seamă de origine prostatică: adenomul de prostată, cancerul de prostată, stenoza colului vezical (strîmtarea gîtului vezicii), stricțiuni uretrale, litiaza vezicală etc.

La fiecare dintre afecțiunile citate boala se manifestă prin simptomele amintite mai sus, polakiurie, durere care iradiază de la gîtul vezicii pînă la nivelul glandului și piurie. Toate aceste semne pot fi declanșate, întreținute sau agravate mai ales de frigul umed, spălarea mîinilor repetat cu apă rece, dușuri reci, spălarea picioarelor cu apă rece, staționarea în lapoviță, zăpadă.

Populația microbiană este variată cu predominanța colibacilului, dar în același timp putem găsi proteus, piocianic, stafilococ și de foarte multe ori floră microbiană asociată. A vorbi azi în exclusivitate de colibacil ar fi o greșeală; dar, oricum, el trebuie luat în considerare ori de câte ori este pus în evidență. Sediul lui este de obicei în flora microbiană a intestinului gros, vezicula biliară. Reiese deci în mod derivat că în cazul cistitelor colibacilare investigarea suferințelor bilio-colice este necesară.

2. Modul de punere în evidență a florei microbiene este acela al însămînțărilor pe medii de cultură și determinarea sensibilității lor la diversele sulfamide sau antibiotice. Numai în acest fel se poate aplica un tratament corect și util.

Din nefericire, în urma unor abuzuri de utilizare a antibioticelor, populația microbiană a devenit rezistentă dacă nu la totalitatea medicamentelor mai sus amintite, în majoritatea lor. Sînt persoane care, în caz de apariție a unor cistite, se autotratează cu 2—3 tablete de sulfamidă sau 2—3 tablete de cloramfenicol ori tetraciclină atenuînd fenomenele care, într-un timp mai mult sau mai puțin scurt, recidivează cu acuze mult mai accentuate. Noutatea în tratamentul cistitelor ar fi aceea de a schimba optica, de a nu întreprinde nimic fără medic, care va preciza un diagnostic corect, determinînd exact flora microbiană și sensibilitatea acesteia la un anumit medicament.

Urmează stabilirea dozelor corespunzătoare, a duratei de tratament care să asigure dispariția tuturor fenomenelor și mai ales a absenței florei microbiene pe mediile însămînțate. În sfîrșit, se cere înlăturată cauza care a dus la apariția cistitelor (prostată, calculi vezicali etc.). Și în această afecțiune, ca în toată patologia umană, rămînem tributari vechiului

dicton latin: „înlăturînd cauza, înlăturăm efectul”.

În mod derivat, cele de mai sus ne sugerează din nou necesitatea unei riguroase și susținute educații sanitare de masă; pentru că nu numai simptomul „durere” trebuie să fie unicul semn de prezentare la medic, ci și alte fenomene, asupra cărora oamenii trebuie să fie avizați. Mici singerări, urinitele tulburi, durerile vagi cărora li se spune în mod curent „dureri reumatice sau răceală”, pierderea poftei de mîncare, constipațiile și alte semne pot fi just interpretate și înfățișate medicului de cei ce au un nivel ridicat de cultură sanitară.

3. Dacă medicina de azi este terapeutică, ea va fi înlocuită în viitor de medicina preventivă. Pentru că vom avea de-a face cu un om educat, cu un comportament igienic corespunzător. Pînă atunci însă, alături de noțiuni general-valabile pentru asigurarea unui regim de viață sanogen sînt necesare indicații particularizate, în funcție de anumite afecțiuni. În ceea ce privește cistitele, regimul igienic va include evitarea frigului sub orice formă, mai ales al frigului umez, băi calde de șezut, îmbrăcăminte adecvată, călduroasă, igiena riguroasă a organelor genitale atît la bărbat cit, mai ales, la femeie. Utilizarea apei reci în acest scop, timp îndelungat sau permanent devine un factor de declanșare sau de sensibilizare pentru o viitoare cistită.

Regimul dietetic va fi ușor de acceptat și de suportat de către bolnavi, intrucît cistita are o durată limitată. Fiind vorba însă de vîrstnici, în alcătuirea regimului va trebui să se țină seama și de suferințele lor cardiace, hepatice, pulmonare, pentru că, în sine, regimul în cistită este acela al evitării afumăturilor, conservelor, condimentelor și substanțelor iritante. Pentru bolnavii vîrst-

nici cu cistite secundare unor afecțiuni prostatice, ceaiurile diuretice sînt nerecomandabile și este interzisă consumarea lichidelor cu trei-patru ore înainte de culcare; un asemenea regim îi va ajuta la un somn liniștit, fără micțiuni frecvente.

Conf. dr.
Gheorghe PETRIȘOR
I.M.F. — Cluj-Napoca

BOLILE REUMATISMAL

1. Cele mai multe dintre afecțiunile reumatismale se întîlnesc la indigizii tineri, sau încă tineri, și aceasta este demonstrat în toate tratatele de reumatologie. Totuși în spiritul marelui public se acreditează ideea că reumatismul este o boală a bătrîneții, făcîndu-se o confuzie între „reumatism” și „îmbătrînire”.

Acest punct de vedere este explicat pe de o parte de faptul că bolile reumatismale sînt în general compatibile cu o viață lungă și este deci firesc să le întîlnim simptomele acumulate la persoane cu vîrstă înaintată; pe de altă parte, unele dintre bolile reumatismale care obișnuie apar la vîrsta adultă pot avea „un debut tardiv”, reprezentînd for-

me clinice de boală cu evoluție mai specială.

Spre exemplu, **poliartrita reumatoidă**, care debutează obișnuit între 35 și 55 de ani, se poate întâlni și la persoane mai în vârstă. De obicei reprezintă un stadiu înaintat al bolii, apărută în urmă cu mulți ani. Frecvent aceasta este stinsă din punct de vedere evolutiv, deși bolnavii pot prezenta importante deformări articulare ale membrilor care își păstrează capacitatea funcțională și sînt puțin dureroase. Dar mai sînt și alte afecțiuni de categoria acesteia.

Spondilartrita anchilozantă, boală ce afectează în special bărbații între 20 și 30 de ani, se caracterizează prin anchiloză coloanei vertebrale. Adesea însă nu este recunoscută decît după mulți ani de la debutul real, fie că bolnavii au uitat de primele manifestări ale bolii care au fost trecătoare, fie că boala este „mută clinic” ani în șir, fie că debutul se manifestă prin artrite ale membrilor, ce sînt dificil de atribuit de la început unei spondilartrite anchilozante. În aceste cazuri, la vîrste avansate, mai ales dacă boala a fost necunoscută sau cunoscută, dar neglijată, sau incorect tratată, se pot instala anchiloze și deformări ale coloanei vertebrale și ale articulațiilor periferice care transformă bolnavul într-un mare invalid.

Pseudopoliartrita rizomatică este apanajul bătrîneții. Manifestată prin dureri și impotență funcțională, mai ales a articulațiilor umerilor, atingerea șoldurilor fiind mai puțin constantă, se însoțește de dureri musculare difuze, febră, slăbire, avînd o alură clinică gravă. Din fericire, evoluția sa duce adesea spre vindecare în 1 pînă la 3 ani.

Dintre bolile metabolice, **gota** — boală a bărbatului adult — se caracterizează printr-o inflamație acută, foarte dureroasă, ce interesează clasic articulația dege-

tului, mare de la picior, dar poate afecta și alte articulații. Cauza este precipitarea intraarticulară a cristalelor de acid uric. La vîrste avansate, prin repetiția crizelor, mai ales dacă bolnavul în afara crizei acute uită să-și ia medicamentele și nu ține regim alimentar, boala se poate agrava. Însoțindu-se frecvent cu obezitatea, hipertensiunea arterială, ateroscleroza și atingerea renală, riscul unei morți prin accident vascular sau insuficiență renală este cu atît mai mare la vîrstnici. De remarcat că formele de gută cu debut tardiv sînt mai benigne decît cele ce încep la o vîrstă mai tînă.

Deși debutul său la vîrste tînere nu este exclus, caracteristică persoanelor mai în vîrstă, este **condrocalcinoza articulară**, responsabilă de crize acute dureroase și de leziuni distructive articulare, asemănătoare cu cele de gută, a căror cauză este precipitarea intraarticulară a unor cristale de pirofosfat de calciu.

Dacă frecvența **artrozelor** crește evident la vîrste mai înaintate, nu s-ar părea că îmbătrînirea este prin ea însăși o cauză a bolii. De fapt, artroza începe în general între 20 și 40 de ani, dar nu duce decît la aproximativ 5 la sută din cazuri la o afecțiune clinic manifestă la indivizii ce au depășit 50 de ani. Alterările morfologice și simptomatologia clinică nu sînt paralele. Unele alterări osteoarticulare importante pot rămîne clinic latente, în timp ce procese degenerative minime pot să se asocieze cu o simptomatologie clinică importantă. Artrozele reprezintă cauza principală a suferințelor reumatismale la bătrîni.

La nivelul coloanei vertebrale, artrozele se manifestă în forma clinică cunoscută sub numele de spondiloză.

Hiperostoza vertebrală anchilozantă este o spondiloză exuberantă, cu punți osoase mari între vertebre; ea se întâlnește de obicei la indivizii

ce au depășit 60 de ani și frecvent este mută clinic.

Se cunoaște că bătrîni au tendință la formarea unui gheb în spate, numit și **cifoza dorsală senilă**, caracterizată printr-o rază mare de curbură — e o cifoza rotundă — situată la mijlocul coloanei dorsale; ea evoluează lent, progresiv, prin turtirea corpurilor vertebrale și este rar dureroasă.

La unele femei gheze, după menopauză, se întâlnește o suferință tenace a coloanei lombare, așa-numitul **sindrom trofostatic**, a cărei cauză este artroza însoțită de relaxare ligamentară a vertebrelor lombare. Boala se caracterizează clinic prin durere, accentuarea curburilor coloanei vertebrale, în special a lordozei lombare, și se însoțește de protecția abdomenului înainte.

Artrozele membrilor, la bătrîni, se caracterizează prin leziuni distructive mai pronunțate. Dintre formele clinice frecvente la vîrste înaintate cităm: „**mîna senilă**”, caracterizată prin nodozități și deformări articulare însoțite de atrofia mușchilor; **nodozitățile Heberden**, situate pe părțile laterale și dorsale ale falangelor terminale ce survin mai ales la femei peste 40—50 de ani și au un caracter frecvent ereditar; **nodozitățile Bouchard**, ce sînt artrozele articulațiilor interfalangiene proximale; **rizartroza**, care este o artroză a bazei degetului mare; **coxartroza** distructivă este o artroză a șoldului cu evoluție rapid invalidantă; **gonartroza** sau artroza genunchiului este o cauză frecventă a invalidității la bătrîni, mai ales cînd se însoțește de deformarea și dezaxarea articulației determinînd tulburări de statică importante (genunchi în X sau în O).

Reumatismele periarticulare, caracterizate prin leziuni degenerative ale țesuturilor moi periarticulare, se întîlnesc la vîrstnici mai ales sub forma de **periartrită scapulo-hume-**

rală, manifestată clinic prin durere și mișcări limitate în articulația umărului, adesea bine tolerate. Când leziunile sînt grave, se pot produce rupturi ale tendoanelor, ce au drept urmare pseudoparalizia umărului sau hemoragii în capsula articulară — umărul senil hemoragic —, afecțiune relativ rară, dar caracteristică vîrstei înaintate.

Nu trebuie uitat că, deși tuberculoza cu localizările ei articulare (morb Pott, artrite periferice) este din ce în ce mai rară, ea poate constitui o cauză de suferințe așa-zis „reumatismală“, cu evoluție rapidă la bătrîni.

În plus, cea de-a treia vîrstă mai este afectată de o boală metabolică, osteoporoza, caracterizată prin diminuarea progresivă a volumului țesutului osos, manifestat radiologic prin creșterea transparenței osoase și clinic prin dureri dorso-lombare sictetoare, alteori violente, iar uneori prin fracturi de col femural, fracturi costale sau ale extremității distale a brațelor și tășări vertebrale.

2. Medicamentele antialgice și antiinflamatorii utilizabile de reumatici, indiferent de vîrstă, sînt nenumărate. Ele sînt utile în puseurile dureroase. Clasic se folosesc: aspirina, indometacina, derivații pirozolonici (piran, al-gocalmin, fenilbutazon, tomanol, perclusone, rheopirin, ketazon), brufenul, ținîndu-se seama de contraindicațiile proprii fiecărui produs și de terenul mai fragil al bolnavului vîrstnic. Preparatele mai noi, comercializate sub diverse nume, nu și-au dovedit superioritatea în ceea ce privește eficacitatea cît și riscurile reacțiilor adverse, comparativ cu medicamentele citate anterior.

Infiltrațiile cortizonice intraarticulare, mai ales preparatele cu rezorbție lentă, sînt utile în artritele intense inflamatorii, în artrozele încălzite, ca și în periartritele umărului, dar nu trebuie folosite decît ca tratament de

excepție, riscurile, ca și precauțiile ce se impun limitîndu-le administrarea.

În reumatologie, din cauza riscurilor multiple, corticoterapia generală (prednison, superprednol, ACTH), mai ales la vîrstnici, se utilizează cu mare prudență și numai în unele forme de reumatism inflamator. Aceleași indicații rezervate le are și medicația clasică imunosupresoare (imuran, endozam, clorambucil) sau medicamentele mai nou intrate în arsenalul terapeutic ca D-penicilamina și levamisolul.

Tratamentele antiartrozice s-au îmbogățit în ultimii ani cu noi produse cu rol de modificare a metabolismului cartilajului. Asupra eficacității lor nu sînt trase încă concluzii definitive, cu atît mai mult cu cît este greu de demonstrat că administrarea lor are o acțiune terapeutică reală asupra cartilajului.

Tratamentul osteoporozei, debutînd după 50 de ani, se face obișnuit prin administrarea îndelungată per oral de săruri de calciu, uneori în alternanță cu cele de fosfor și în asociație cu anabolizante de sinteză. La unii pacienți boala se stabilizează astfel și nu mai acuză dureri osoase; la alții, boala progresează și bolnavii devin mari invalizi. În aceste cazuri, este util tratamentul sub control medical cu perfuzii calcice repetate, care s-a dovedit bine tolerat (rareori apar pusee hipertensive) și eficient. Tirocalcitonina (hormon hipocalcemiant al cărui efect constă în reducerea rezorbției osoase) a fost încercată în tratamentul osteoporozei, însă rezultatele publicate sînt favorabile pentru unii, descurajatoare pentru alții.

Utilizarea izolată a florurii de sodiu s-a dovedit nesatisfăcătoare. Asocierea sa cu calciu și Vitamina D sau cu calciu și calcitonină ar da după unii autori rezultate mai bune.

Fizioterapia și crenoterapia (curele balneare) trebuie fo-

losite cu prudență de vîrstnici, deoarece pot produce exacerbări ale suferinței articulare și uneori accidente cardiovasculare.

Cînd durerea și importanța funcțională depășesc resursele medicale, se poate recurge la chirurgie. Succese remarcabile au fost înregistrate cu proteza totală de șold, singura soluție valabilă la bătrîni cu coxartroze grave, invalidante. Corecția chirurgicală este posibilă și în cazuri de gonartroză avansată invalidantă.

Reeducarea bolnavului reumatic vîrstnic, operat sau nu, este necesară menținerii mișcărilor articulațiilor, combaterii durerii, atrofiei musculare, anchilozei. Ea trebuie să țină seama de încetinirea funcțiilor vitale, inimă și sistemul circulator, în special, scăzîndu-și, progresiv cu vîrsta, capacitatea de adaptare la efort.

3. Regimul alimentar al reumaticului vîrstnic trebuie să fie variat, fără carențe, echilibrat, ținînd la acoperirea necesităților energetice ale organismului, dar și la crușarea lui (hipoglucidic în caz de obezitate, sărac în purine în caz de gută etc.). Este știut că la bătrîni aportul vitaminic și calcic este mult scăzut, deoarece absorbția intestinală este redusă și se face cu intîrziere. De multe ori bătrîni au unele prejudecăți alimentare care duc la stări de carență. Este necesar să se corejeze prin alimentație lipsurile de calciu, vitamine și proteine, sfătîind acești bolnavi, de obicei neîncrezători, să consume carne, brînză, lapte, fructe, zarzavaturi, în funcție de starea generală, de bolile asociate:

Regulile de igienă alimentară sînt cu atît mai importante cu cît se știe că medicamentele, și printre ele antiinflamatorii și sărurile de calciu, sînt uneori greu tolerate de organismul vîrstnicilor.

Doctor în medicină
Ortansa GHENOIU

„ȘTIINȚA“ DE A TRĂI ÎN RAPORT CU VÎRSTA



Igiena zilnică

Organismul uman este format dintr-o multitudine de celule care mor și se reînnoiesc; transpirația și produsele de defecție conțin numeroși microbi, emană mirosuri neplăcute; toaleta elimină celulele moarte și împiedică astuparea porilor, înlătură mirosul transpirației.

- Spălați-vă zilnic cu apă caldă și săpun, insistați în regiunile mai expuse transpirației.

- Nu abuzați de apa de colonie și deodorantele care conțin alcool — usucă pielea și așa sensibilizată datorită vârstei. Preferați glicerina sau creme hrănitoare care pătrund în piele printr-un masaj ușor.

Lipsa dinților îmbătrânește figura, creează dificultăți de masticare și, ca un ecou, chiar afecțiuni digestive; dinții stricați emană miros urât, dezagreabil pentru cei din jur.

- Prezentați-vă la cabinetul de stomatologie cel puțin o dată pe an și ori de câte ori constatați că un dinte s-a cariat.

- Spălați-vă pe dinți după fiecare masă și obligatoriu seara, înainte de culcare.

- Gingiile trebuie întărite, masați-le ușor cu un deget; consultați medicul dacă gingiile singerează, dacă faceți frecvent afte, dacă observați alte anomalii bucale.

Prin igienă părul poate fi păstrat până la adânci bătrânețe.

- Periați-l zilnic și spălați-l cel puțin o dată la 2 săptămâni, folosind un șampon potrivit cu tipul dv. de păr (gras, uscat, normal).

- Evitați vopsitul dacă: firul de păr e fragil, pielea capului prezintă eczeme, pierdeți anormal de mult păr; în toate aceste cazuri consultați medicul specialist.

- Este recomandabil să fie protejat capul de razele fierbinți ale soarelui.

Veți ieși în curând la pensie sau poate ați încetat deja activitatea profesională. O undă de neliniște vă tulbură: ați auzit întâmplări cu vîrstnici pline de tristețe, vă încearcă teama de singurătate, nu știți ce să puneți în locul profesiunii pe care ați practicat-o zeci de ani. Vă înțelegem! Și totuși, această nouă perioadă a vieții dv. poate fi foarte frumoasă, cu condiția să o doriți și... să acționați. În ciuda, poate, a unui handicap fizic, chiar și în prezența anumitor boli, puteți învăța „știința“ de a depăși neajunsurile vârstei, orientându-vă după câteva principii generale:

- Respectarea riguroasă a igienei.

- Aplicarea regulilor de prevenire a îmbolnăvirilor și accidentelor.

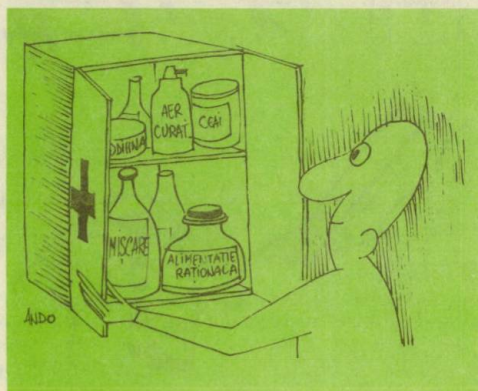
- Utilizarea mijloacelor tehnice care vă creează o anume independență.

- Continuarea activităților care vă ajută să evitați izolarea.

● Recurgeți la pedichiură în cazul cînd aveți unghii încarnate sau bătăături; tăiați-vă regulat unghiile pentru a nu favoriza încarnarea lor.

● **Transpirați? Presărați în ciorapi și încălțăminte cristale de acid boric; purtați ciorapi de bumbac vara și de lână iarna; schimbați-i zilnic, evitați încălțăminte sintetică, ori cu talpă de cauciuc.**

● Nu transpirai? Puteți purta ciorapi de nailon, dar spălați-i zilnic; puteți purta încălțăminte cu talpă de crep sau de cauciuc, este antiderapantă.



Cîteva idei practice

Dacă v-a scăzut forța sau abilitatea miinilor, dacă întâmpinați dificultăți de mobilitate, sinței în convalescență și trebuie să vă cruțați puterile, fiți inventivi și adaptați-vă obiectele de uz casnic la noua dv. condiție. Noi vă sugerăm câteva idei simple. Completați-le după nevoi:

● Prelungiți mînerile obiectelor de toaletă; înzestrați-le cu mînere pe cele care nu le au de regulă (buretele de la baie, spre exemplu).

● **Lipiți** un antiderapant pe fundul băii (leucoplast) și pe marginea de care vă sprijiniți la ieșirea din baie.

● Dacă covorul din baie alunecă, lipiți pe dosul lui o bucată de pânză.

● Fixați în baie câteva puncte de sprijin la o înălțime convenabilă dv., eventual niște dispozitive pentru minuirea robinetelor de la distanță.

● Procurați-vă un dispozitiv de înălțare a scaunului de la WC și un suport de sprijin în apropierea lui.



Adaptarea

îmbrăcămintei

Îmbrăcămintea vîrstnicului trebuie să fie ușor de îmbrăcat și ușor de dezbrăcat.

● Toate lucrurile de îmbrăcat trebuie să se închidă în față pentru a se evita mișcările greoaie și inutile.

● Evitați hainele strimte, îngreunează circulația sîngelui.

● Preferați țesăturile naturale (bumbac, in, lână); țesăturile sintetice pot provoca alergii, nu absorb transpirația, în contact cu focul provoacă arsuri grave.

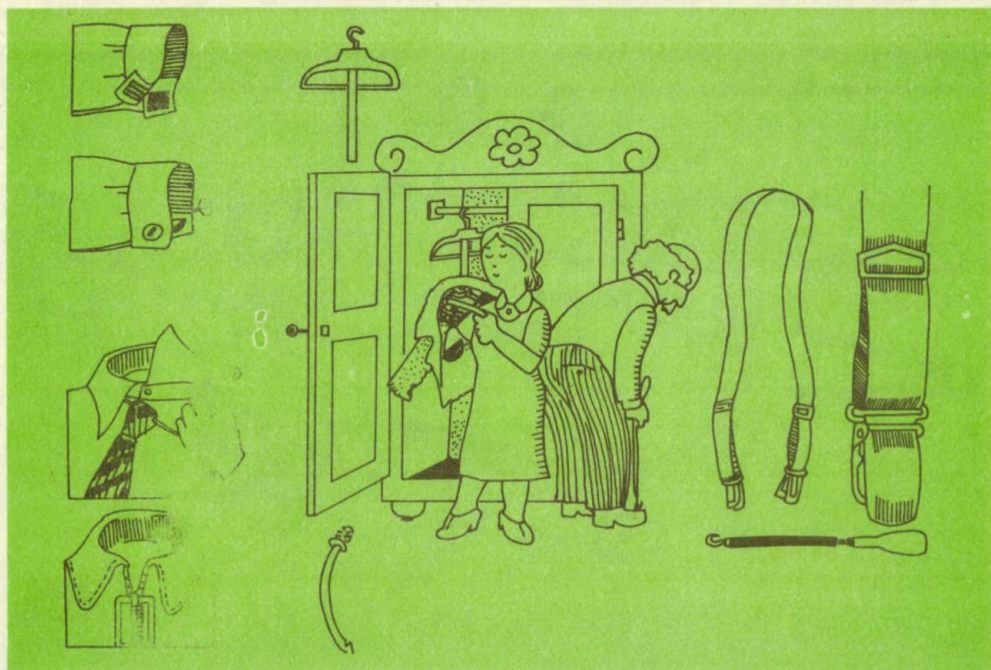
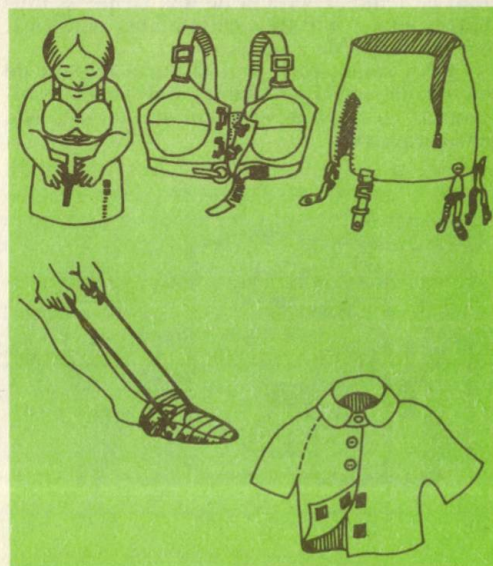
● Încălțăminteă va fi confortabilă, moderată ca înălțime, susținând bine piciorul; alegeți încălțăminteă cu cele mai simple forme de închidere — fermuar, elastic, sîreturi.

● Bărbații vor folosi bretele, cravata cu elastic, butonii legați de un elastic.

● Femeile vor adăuga fermoarelor anouri mari, ușor de tras, își vor confectiona rochiile

cu mineci largi (chimonos sau raglan), își vor adapta lenjeria (sutienul se va încheia în față, corsetul va avea un fermuar) la noile lor posibilități.

Alte idei veți mai găsi și în desenele alăturate; cele mai multe însă trebuie să vă aparțină!



Cum să vă hrăniți

Totul depinde de activitatea fizică depusă. Trebuie însă să fie suficientă și echilibrată. Va conține deci:

- Proteine: carne, pește, lactate.
- Glucide: zahăr rafinat sau derivate — miere, făinoase, prăjituri, dulceață.
- Vitamine și săruri minerale conținute în fructe și legume.
- Grăsimi: unt, ulei, margarină.

Ca regulă generală, chiar și fără recomandare medicală, vîrstnicii vor restringe următoarele alimente:

● Carnea, mai ales cea grasă, fiind suficientă 1,5—2 g de kg/corp.

● Hidrații de carbon sub formă de făinoase în favoarea piinii negre sau integrale, a arpacașului.

● Grăsimile animale, alimentele prăjite.

Tot ca regulă generală se pot consuma din abundență:

- Lactate degresate.
- Legume de tot felul, și în special cele verzi în foi (spanac, salată, urzici).
- Fructe.

Consumați moderat:

- Mirodenii.
- Ceai și cafea.
- Alcool.
- Legumele care provoacă gaze (fasole, mazăre).

Beți normal 1—2 litri de lichid zilnic, dar în afara meselor; lichidele consumate în timpul mesei diluează fermenții digestivi și așa deficienți.

Luați principala masă la prînz; cina trebuie să fie ușoară, programată cu câteva ore înainte de culcare.

Acestea sînt sfaturi generale; în caz de boală conformați-vă regimului prescris de medic.

Activitatea casnică

Și aceasta suportă anumite adaptări ingenioase, simplificări și reorganizări potrivite cu vîrsta, cu starea de sănătate, cu mobilitatea. Îngrijirea locuinței, prepararea mîncării, întreținerea, după caz, a unei mici grădini, lucrul de mîină, cumpărăturile reprezintă excelente ocupații cu ecou favorabil atît fizic cît și psihic, permit contacte umane.



Așa încît nu renunțați la ele. Dar:

- Adaptați mobilierul din bucătărie la o înălțime convenabilă, care să nu vă solicite eforturi inutile: mesele pot fi înălțate sau scurtate după nevoi; scaunul poate fi înălțat cu o pernă, coada măturii și a fărașului pot fi prelungite încît să nu fie necesară aplecarea; aplicați unei măsuțe sau unui scaun de bucătărie patru roțile (luate de la o jucărie veche, de exemplu), realizînd astfel o masă ușor deplasabilă pentru transportarea veselei, a vaselor cu mîncare.

- În afara casei: pentru a urca o scară, confecționați-vă o centură cum poartă constructorii; bastonul trebuie adaptat la înălțimea dv.; iarna va fi înzestrat cu un virf de metal care-l face antiderapant; sînt mai bune bastoanele cu minierul în formă de T decît cele rotunde, nu alunecă mina; procurați-vă pentru cumpărături sacoșe pe roțile (se găsesc în comerț), astfel greutatea vor fi trase și nu ridicate.



Somnul

Rămîne mijlocul cel mai eficace de odihnă. Numărul de ore necesar? El este variabil, în funcție de activitatea depusă de fiecare individ. În plus, nevoia de somn se micșorează odată cu vîrsta.

Cîteva sfaturi care favorizează somnul:

- Dormiți într-o cameră liniștită, aerisită, cu o temperatură optimă, care să nu depășească 18 grade.

- Evitați mesele grele și tîrzii.

- Nu consumați seara alimente și băuturi excitante.

- Seara evitați conversațiile și distracțiile enervante.

- Căutați societatea oamenilor, faceți-vă prieteni, participați la excursii, jocuri, activități de grup organizate pentru dv. și în cadrul caselor de ajutor reciproc ale pensionarilor.

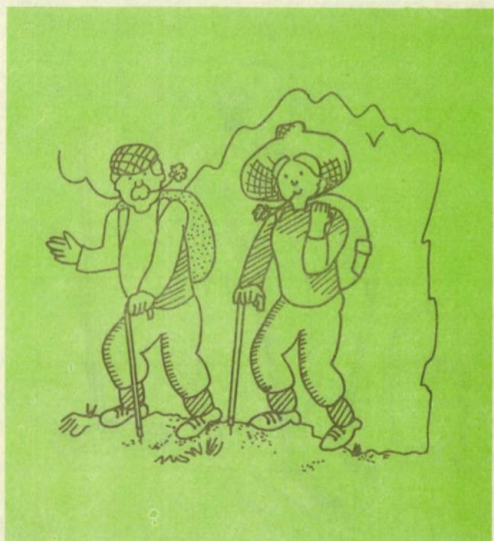
- După o viață ocupată profesional dispuneți, în sfîrșit, de timpul necesar practicii hobby-urilor dv. Faceți grădinărit (chiar în ghivece și lăzi), jucați jocuri de societate, urmați cursuri de artă dacă aveți înclinații (pictură, sculptură, artă dramatică, muzică) etc. Casele de cultură și căminele culturale vă oferă nenumărate posibilități.

Ocupații recreative

- Mersul și exercițiul fizic acționează circulația singelui, relaxează articulațiile și mușchii reconfortează. Dacă nu aveți contraindicații medicale, plimbați-vă, chiar în etape mici. În plus, faceți gimnastică adaptată vîrstei dv.

- Un accident poate apare rapid dacă nu sînteți atent. Respectați cu strictețe codul rutier (culoarea semaforului, trecerile de pietoni etc.).

- Nimeni nu va refuza să vă ajute dacă o cereți politicos: cereți, eventual, ajutorul pentru a traversa strada ori pentru a vă urca în mijloacele de transport în comun.



● Cultivați-vă prin: lectură (bibliotecile publice, bibliobuzele vă stau la dispoziție), vizionați spectacole de teatru, cinema și TV.

● Scrieți prietenilor îndepărtați, meșteriți pentru ei mici cadouri drăguțe și puțin costisitoare (ceramică, cusături naționale, tricotaje, obiecte croșetate).

● În sfârșit, dacă puteți, călătoriți, faceți excursii și descoperiți sau redescoperiți frumusețile țării.



REȚINEȚI:

● Nu luați decît medicamentele prescrise de medicul dv.; în doză indicată.

● Fără aviz medical nu luați laxative dacă suferiți de constipație. Mîncăți alimente bogate în celuloză: fructe, legume, pîine neagră și integrală și faceți exerciții fizice (plimbări, natație).

● Dacă vă slăbește vederea, nu purtați decît ochelarii prescrisi de medicul specialist; verificați-vă anual vederea sau imediat ce constatați tulburări vizuale.

● Dacă vă slăbește auzul, consultați un specialist O.R.L.; în cazul că vă prescrie un aparat auditiv, purtați-l, chiar dacă nu e cochet și vă enervează.

● Consultați medicul la primul semn al de alarmă pe care îl emite organismul dv.; orice afecțiune este mai ușor de diagnosticat și de tratat dacă este depistată din timp.

IN ACTUALITATE

LUPTA ÎMPOTRIVA BOLILOR INFECȚIOASE CONTINUĂ!

Încă o statuie mitică demolată, încă o zeitate rea, rasă din imaginația unor popoare: Shitala Mata, zeita variolei la indieni, a fost despuiată de puteri, pierzîndu-și total credincioșii....

Într-adevăr, anul acesta, la ultima sa adunare generală, Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) a oficializat dispariția totală și definitivă a teribilului flagel care îl reprezenta pentru omenire variola.

În combaterea bolilor transmisibile, rămase încă pe primul plan în morbiditatea și mortalitatea unor țări din lumea a treia, omenirea face eforturi considerabile pentru găsirea unor mijloace profilactice eficiente, în special în bolile cu mare răspîndire în masă. În același timp asistăm la izbucnirea spectaculară a unor noi boli, cărora trebuie să li se facă față.

În domeniul bolilor infecțioase cu afectare predominantă a aparatului respirator, Statele Unite ale Americii au fost confruntate cu o boală nouă, determinată de un germene particular: *Legionella pneumophila*. Este vorba de un bacil gram negativ, care nu crește pe mediile uzuale (ci pe un mediu îmbogățit tip agar Mueller-Hinton cu 1 la sută hemoglobină și 1 la sută isovitalax), de 0,3 — 0,4 milimicroni lățime și 2—3 milimicroni lungime, care inoculat la cobai provoacă o boală febrilă în 2—3 zile, mortală în 5—6 zile. La oameni, în special la vîrstnici, la cei cu rezistență antiinfecțioasă scăzută (prin imunosupresive, convalescență etc.) germele determină în general o pneumonie, dar poate provoca și pleurezii, miocardite, nefrite, hepatite și encefalite. Bacteria s-a arătat sensibilă la eritromicină și tetraciclină, boala dînd pînă la 18 la sută mortalitate. Anul trecut ea a fost descoperită și în Australia, Anglia, Franța, Elveția, Austria, R.F.G. etc.

O infecție pulmonară cu un nou germene — *Pittsburg Pneumonia Agent (PPA)*, agen-

tul pneumonia Pittsburg, a fost înregistrată în America de Nord, cu mortalitate ridicată, pînă la 60 la sută. Acest germen este sensibil la eritromicină și rifampicină și se poate izola pe cobai, dar nu crește pe mediile imbogățite; la om determină o pneumonie fibrinopurulentă cu inflamație granulomatoasă absentă.

De sezonul rece poate fi legat și un anumit tip de diaree provocată de virusuri recent descoperite sub denumirea de rotavirusuri, parvovirusuri, coronavirusuri, astrovirusuri etc., puse în evidență prin microscopul electronic direct din scaune, întrucît nu cresc pe culturi de țesuturi. Gastritele și enterocolitele provocate de aceste virusuri au frecvență crescută la vîrstele mici, în special la copiii din colectivități (grădinițe, creșe).

În privința celui de-al treilea tip de virus hepatic, așa-zisul tip C, s-au adus recent date noi și interesante, ce marchează un mare pas în cunoașterea etiopatogenei hepatitei virale. După cum se știe, hepatita posttransfuzională este provocată în general de tipul B, dar nu întotdeauna. Ea poate fi provocată și de tipul A, ca și de alte virusuri, cum ar fi virusurile E.B. și citomegalovirus legate de mononucleoza infecțioasă. O bună parte (60-90 la sută) și în anumite țări, hepatita posttransfuzională e legată de un virus care a fost denumit la începutul studiilor non A, non B. În 1979 Shirachi și colaboratorii (Japonia) izolează un agent hepatic non A, non B și un sistem specific antigen anticorp în imunoelectrodifuzie capabil de diferențiere față de ceilalți agenți virali hepatogeni. Tot anul trecut, Renger și colaboratorii (R.D.G.) au pus în evidență în singe un antigen identic cu al lui Shirachi la 151 de gravide care primiseră o antiglobulină D (profilaxie anti Rh) și la 118 sugari născuți din aceste mame, confirmîndu-se astfel încă o dată identitatea hepatitei de tip C, ce fusese confirmată prin teste biochimice în mai mult de jumătate din cazuri.

Privind toate aceste bacterii și virusuri, ne putem întreba: oare cutia Pandorei s-a deschis din nou? Să fi rămas în ea doar speranța?

Alături de bolile Marburg, Ebola, Lassa vedem cum au apărut pneumoniile cu L pneumophila și cu agentul Pittsburg, cum s-au înmulțit (numai prin recunoaștere?) virozele gastrointestinale și alte infecții. Omul prometeic al zilelor noastre însă nu numai că nu și-a pierdut speranța, dar a și pornit la atac prin descoperiri fundamentale în prepararea unor vaccinuri și substanțe eficiente în combaterea multor boli transmisibile, în special virale. În cele ce urmează, ne vom referi la interferon și la vaccinurile antigripale și anti-hepatice.

Interferonul este o proteină naturală fabricată de celulele umane și animale cu specificitate de specie și cu o puternică acțiune anti-

virală. Descoperit în 1957, datorită dificultăților producerii sale pe cale experimentală, n-a putut intra în practica obișnuită. Prin metodele de producție de pînă acum, interferonul se recoltează din singe, pentru producerea a 100 mg substanță fiind necesari circa 30 000 litri; costul este extraordinar de mare (10 000 dolari pentru tratamentul unui bolnav). Actualmente, grație unui grup de cercetători anglo-americani-elvețieni (Gilbert, Cawthorn, Weissmann), el se fabrică prin metoda manipulărilor genetice pe o celulă bacteriană și la un cost rezonabil. Tehnica este simplă: se încorporează în patrimoniul genetic (genom) al unei bacterii care se cultivă cu ușurință un fragment dintr-un genom străin. Astfel transformată, bacteria devine capabilă să sintetizeze proteine corespunzătoare acestui fragment de genom. Bacteria utilizată de cercetător a fost un germene obișnuit al intestinului omului: *Escherichia coli*. Folosit într-o serie de afecțiuni virale (printre care gripa) și chiar în unele afecțiuni canceroase, interferonul a dat rezultate mai mult decît promițătoare. Cînd se va dispune de o cantitate suficientă pentru experimentare se vor putea trage concluzii definitive în utilizarea acestei substanțe naturale, puternic antivirală.

Într-o infecție virală uit de răspîndită și cu sechele numeroase cum e hepatita, tehnica recombinărilor genetice a deschis o promițătoare cale în profilaxia specifică. După cum se știe, astăzi sîntem în posesia unui vaccin inactivat anti-virus B hepatitic (utilizat deja pe plan experimental în S.U.A., Franța și R.P.Chineză), dar schema de preparare necesită sute de litri de singe de la purtătorii de virus Hbs, purificarea sa urmînd o cale dificilă și lungă. Vaccinul sintetizat de bacilul coli ar fi mai pur, neconținînd decît partea vaccinantă a virusului.

Se știe că numai proteina de suprafață Hbs este vaccinantă, pe cînd partea centrală, Hbc, este infectantă. Aproape simultan, în urma unor cercetări independente, o echipă engleză condusă de Murray și alta franceză condusă de Thiollais și Galibert au realizat prepararea unei proteine vaccinate prin intermediul unui colibacil, ca rezultat al programării sintezei antigenului Hbs, prin injectarea fragmentului cromozomial respectiv al virusului de tip B în genomul celulei bacteriene.

Tot prin manipulări genetice a fost preparat un antigen vaccinant al unei tulpini de virusul gripal de tip A.

A fost deschisă astfel o nouă cale, o nouă posibilitate, de obținere a vaccinului în toate bolile infecțioase, pe care speranța rămasă în cutia Pandorei a așteptat-o atîta vreme!

Dr. doc. G. MARINESCU-DINIZVOR
membru corespondent
al Academiei franceze de medicină

MICROINTERVIU IMAGINAR

Opiniile, ipotezele, teoriile sînt necesare în știință! Pentru a elucida această problemă, am invitat la o masă rotundă mai multe personalități prestigioase ale științei, cărora le-am solicitat părerea. Așadar...

— Care este părerea dv., *Francesco Redi*, înțelept al parazitologiei?

— Ca unul care am combătut teoria generației spontanee, susținînd principiul *omne vivum ex ovo*, formulat de *William Harvey*, consider că „o opinie neconfirmată prin experiență este o opinie făcută în van!”

— Dv., *Paracelsus*, inițiator al chimiei medicale și promotor al experimentului terapeutic, sînteți de aceeași părere?

— Mă asociez la cele spuse de antevorbitor și susțin că „o teorie neconfirmată de fapte este ca un sfînt care nu a făcut minuni!”

— Dar dv., *Hipocrate*, părinte al medicinei, admiteți aceste afirmații?

— Sigur că da, deoarece și eu cred că „este vidă ipoteza neverificabilă și, prin urmare, este analogă fleșului inutil!”

— Să auzim ce ne spuneți dv., *Alexis Carrel*, inițiator al culturilor de țesuturi *in vitro*?

— Eu susțin totuși că „ipoteza, chiar hazardată, este necesară progresului cunoașterii!”

— Aveți cuvîntul *Michael Faraday*, care, printre altele, ați descoperit inducția electromagnetică?

— Ca fizician „emit ipoteze atît de îndrăznețe și efectuez experiențe atît de inadmisibile încît mă înfîc în laborator ca să nu fiu luat drept nebun!”

— Este admisibil așa ceva, doctore *Ernest Naville*?

— Mai întâi, ca medic, „nu văd nimic patologic în a emite ipoteze, oricît de hazardate ar fi ele. De aceea și eu cred că ipoteza este indispensabilă științei!” Apoi, ca om, vă răspund apelînd la dictonul latin „cîști oameni, atîtea păreri”, lansat de poetul *Terențiu*, care, dacă ar fi fost printre noi, ar fi zis: „Quod homines, tot sententiae!”

— Părerea dv., *Ivan Petrovici Pavlov*, autor al teoriei reflexelor condiționate!

— Răspund printr-o comparație: „Eu compar faptele cu locomotivele, iar ipotezele cu vagoanele. Deci, locomotiva trage vagoanele și nu invers!”

— Aveți ceva contra *Louis Pasteur*, mare binefăcător al omenirii!

— Eu susțin categoric că „ipoteza este inutilă și sterilă!”

— Ce aveți de spus *Claude Bernard*, fondator al fiziologiei experimentale?

— Ader la cele susținute de *Pasteur* și-mi permit să vă dau un sfat: „Atunci cînd intrați într-un laborator lăsați teoriile împreună cu pardesul. La plecare le puteți relua!”

— Văd că dv., *Louis Pasteur*, mai solicitați cuvîntul. Îl aveți!

— Pentru mine „laboratoarele și descoperirile sînt termeni corelativi. Suprimînd laboratoarele, științele fizice devin imaginea sterilității și a morții. Ele nu mai sînt științe de progres și de viitor. Fără laboratoare fizicienii și chimiștii sînt soldați fără arme pe cîmpul de luptă!”

— Relativ la laboratoare aveți perfectă dreptate căci le-ați simțit lipsa. După cite știu, dv., *Claude Bernard*, ați demonstrat funcția glicogenică a ficatului și alte lucrări magistrale într-un beci, iar dv., *Louis Pasteur*, ați experimentat într-o cămaruță, sînd aproape în genunchi!

— Și, în încheiere, vă rog să ne spuneți și dv., *Petrache Poenaru*, creator al stiloului, brevetat în 1827, la Paris, cum apreciați teoria. Corespunde părerea dv. cu aceea exprimată astfel de români: „Teoria fără praxă e ca roata fără axă!”

— Într-adevăr, „teoria este folositoare, căci fără teorie nu am avea decît un empirism orb, dar această teorie trebuie să fie întemeiată pe fapte și restrînsă în marginile strictului necesar!”

Dr. Constantin SIMIONESCU

ÎN TIMPUL SOMNULUI...

Deosebind două feluri de somn — unul adînc și altul ușor, cu vise — anticii aveau un punct de vedere bine conturat, confirmat de altfel în zilele noastre prin cercetarea științifică cu ajutorul electroencefalografiei. Stadiile desfășurării somnului amintesc de actele unei piese de teatru. Primul stadiu, adormirea, în fond atenuarea

stării de cunoștință este urmată de activitate psihică bogată, dar dezordonată. Deși sustras din mediu, omul mai păstrează legătura cu el: zgometul îl trezește, iar cel care a ațipit neagă sin-cer că ar fi dormit. În stadiul II, somnul se adîncește, dar poate fi întrerupt de stimuli afectivi (zgometul străzii nu trezește

dar plînsul micuțului trezește imediat pe mamă, iar morarul tresare cînd clinchetul regulat al morii a conținut). Dar somnul biruie, iar după o jumătate de oră de la adormire se trece în stadiile III-IV de somn profund, reconfortant, datorită eliberării hormonului somatotrop din hipofiza anterioară, cu efect reparator tisular. Dormim liniștiți, imobili, cu fața senină, inexpresivă, indiferenți la zgomet și insensibili la lumină, trezirea din acest stadiu este dificilă, după cîteva cuvinte de neînțeles și o proastă coordonare a mișcă-

rilor. Dormind în continuare, somnul trece în al doilea grup principal: **somnul viselor sau paradoxal**, denumire datorată discordanței dintre aspectul exterior de somn și mișcările de care este animat corpul. Sub pleoapele coborâte, ochii se rostogolesc cum ar urmări jocul unei mingi de ping-pong, de unde și alt nume: somnul mișcărilor oculare rapide. Pe față: suris sau grimase; la extremități: scurte secuse musculare, înținderi sau îndoiri ale degetelor. Survin neregularități ale bătăilor cardiace, ale pulsului și respirației și oscilații tensionale care pot deveni primejdioase pentru cardiaci. În tot acest timp visăm. Deși cel adormit pare cufundat într-un somn adânc, creierul său funcționează ca și când e aproape treaz. Undele electrice încete ale activității cerebrale din somnul lent sau adânc sînt înlocuite de un ritm rapid, apropiat de al zilei. La orice vîrstă erecția însoțește constant somnul paradoxal. În timp ce somnul lent constituie 80 la sută din totalul de somn și predomină în prima parte a nopții, cel rapid sau paradoxal ocupă restul, fiind repartizat spre dimineață. Primul reface forța fizică oboșită, al doilea fixează în memorie datele percepute anterior. În realitate derularea somnului nu este atît de schematică, diferitele stadii schimbîndu-se și întretîindu-se de aproape 40 de ori. Frecvența intersecțiilor este și mai mare la cei supuși stressului.

Frecvența actuală a insomniei și a abuzului de somnifere capătă o importanță socială întretînută de falsa ecuație **insomnie = somnifer**, răspîndită atît în publicul larg cît și în lumea medicală. Întrucît insomnia, ca și tusea sau diareea, nu este o boală, ci un simptom, este nevoie mai întîi de precizarea cauzei sale și apoi de un tratament potrivit. Multe

dintre insomnii nu corespund realității: necesarul fiziologic de somn scade cu anii, fiind de numai 4,5—6 ore la vîrstnici, iar profunzimea stadiilor III—IV se reduce. Dormind superficial, mulți afirmă că n-au închis ochii toată noaptea! Trezirile din cursul nopții, relatate ca fiind de peste o oră, n-au depășit în realitate 15—20 de minute potrivit traseului EEG! Fiind un corectiv natural al oboșelii fizice, unii vor să doarmă ca în adolescență, deși n-au făcut mai nimic toată ziua.

O serie de suferințe (reumatismul dureros, tulburările urinare, arterita, crampele gambelor, crizele gastrice și biliare) împiedică somnul, necesitînd nu somnifere, ci un tratament al bolii de bază. Alteori pot fi învinuiți factori externi: schimbarea condițiilor de somn, a patului, a obiectelor cu care ne-am familiarizat, a temperaturii camerei, a zgomotului și luminii. Aplicarea periodică a unei traume sonore în cursul unui somn normal modifică EEG la trezire întocmai ca la o persoană oboșită de nesomn. O bună parte din insomniile lumii moderne pot fi încadrate în două categorii: **insomnia de adormire**, o consecință a tensiunii nervoase (examene, ajun de călătorie, conflicte profesionale sau în familie etc.) și **insomnia de trezire**, datorită trezirii prea

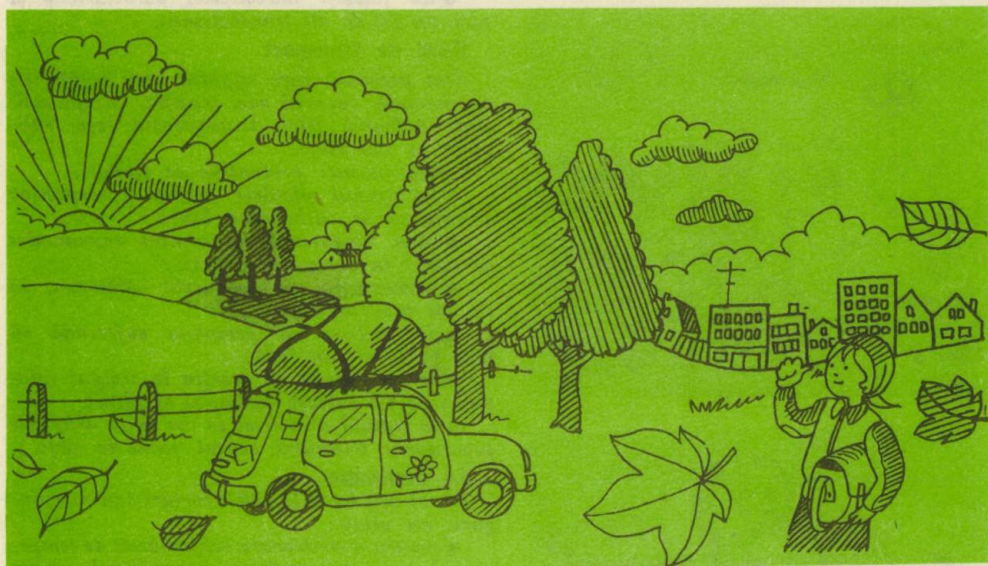
matinale, însoțită de o pronunțată oboseală, urmare a traumelor psihice.

Prin hipersecreția hormonilor suprarenali (adrenalina și noradrenalina), care prezidează starea de veghe se împiedică instalarea somnului. Diminuînd excitabilitatea sistemului nervos central, benzodiazepinele (de exemplu, Diazepamul și Valiumul) sînt remediul optim al acestor insomnii. Dar somnul poate fi reglat și prin măsuri simple: culcarea la aceeași oră, nici un excitant prealabil (ceai negru, cafea, antinevralgice care conțin cofeină), nici un spectacol emoționant, nici o țigară care mărește secreția de adrenalină. Dacă somnul întîrzie, decît să rămînem în pat riscînd să căpătăm anxietatea de a nu dormi mai bine să facem cîteva mișcări sau o mică plimbare după care somnul va veni. Se știe că serotonină este neurotransmițătorul principal din creier în timpul somnului; fiind un derivat de Triptofan ne explicăm utilitatea metodei engleze a paharului cu lapte înainte de culcare, acesta fiind foarte bogat în acizi aminați.

Somniferele barbiturice, de tipul Fenobarbitalului, atît de populare în prezent, ca și în trecut tind să fie indicate numai ocazional. Somnul produs de ele este artificial, dezorganizînd stadiile și anihilînd faza cu vise a cărei respectare este prima cerință a oricărui somnifer fiziologic, cum ar fi Nitrazepamul. Dealtfel, valorează mai puțin durata somnului și mai mult starea în care ne trezim. Din cauza eliminării lente, somnolența matinală și oboseala produse de barbiturice sînt neplăcute. Un neajuns mai puțin cunoscut al lor este combinația nocivă pe care o produc cu alcoolul, explicînd unele accidente neașteptate de stop cardio-respirator prin acțiune toxică asupra centrilor bulbari.

Dr. GH. STOICESCU





VACANȚĂ FĂRĂ GRIJI

Vacanța! Un cuvânt miraculos dătător de voie bună, speranță, învăluit de miresmele amietoare ale ozonului marin sau montan. Proiectele ne asaltează, ispitele dau buzna peste noi. Unde vom pleca, dar mai ales ce trebuie să întreprindem pentru pregătirea vacanței familiei, pentru ca ea să se înscrie în beneficiul sănătății și refacerii forței de muncă?

Unde vom pleca?

În decizia pe care o vom lua iată câteva elemente ajutătoare:

- bugetul financiar de care dispunem;
- eventualele recomandări medicale pentru anumite stațiuni balneoclimaterice;
- dacă locul ales ne va permite continuarea unor sporturi preferate: înot, excursii, canotaj;
- dacă ne vom reîntîlni cu prietenii cei mai apropiați;

Cu ce vom călători?

- indiferent de mijlocul de transport să evităm plecările la sfîrșit de săptămînă;

● dacă vom pleca cu mașina proprie, o revizie generală a vehiculului se impune necondiționat, asigurîndu-ne totodată de piesele de rezervă mai importante;

● dacă vom pleca cu trenul sau avionul, este bine să ne alegem strictul necesar de îmbrăcăminte sau alte obiecte pentru a nu ne obosi cu bagaje inutile;

● plecarea cu autobuzul, în excursie colectivă, presupune un deosebit spirit de grup, de colectivitate, pentru a nu cauza neplăceri altora.

Trusa sanitară a familiei

● pe care v-o dorim să n-o folosiți, dar totuși nu uitați ca ea să cuprindă: antinevralgice, aspirine, pansamente sterile, ceaiuri calmante, alcool, tinctură de iod, un termometru, antiinsecticide;

● fiecare membru al familiei trebuie să aibă trusa sa personală de toaletă.

Pentru amatorii de excursii

● a nu se uita rucsacurile, bocancii, plezurile, termosurile, ochelarii de soare, umbrelele, pelerinele de ploaie, spirtiera și vasele de aluminiu.

Înainte de a încuia ușa casei verificați...

- dacă frigiderul și alte instalații electrice au fost scoase din priză;
- dacă sursele de gaz au fost bine închise;
- controlați cămara, dulapurile de alimente pentru înlăturarea unor reziduuri;
- lăsați vecinilor adresa unde puteți fi găsiți în caz de urgențe familiare.

În timpul călătoriei

● respectați regulile de igienă în locurile de folosință publică ca în propria dv. casă;



- înainte de a bea apă de la fântini asigurați-vă că este potabilă;

- nu purtați cu dvs. alimente care se pot altera;

- mai important decât alimentele, nu uitați să luați în sacul de călătorie câteva sticle cu apă.

...cu trenul

- sosiți la gară în timpul necesar pentru a vă instala comod pe locurile rezervate;

- așezați bagajele asigurând securitatea călătorilor;

- nu fumați și nu acceptați fumători în compartiment.

...cu mașina

- nu uitați centurile de siguranță pentru cei din față;

- respectați viteza indicată pe șosele;

- dacă vă simțiți obosiți parcați pentru 1/2 oră și odihniți-vă;

- aparatul de radio dat la maximum vă poate obosi și dispersa atenția;

- purtați încălțăminte ușoară;

- evitați de a circula în orele de caniculă;

- nu folosiți narcoticele, barbituricele și nici un fel de alt tranchilizant.

Răul de transport

Sînt persoane care suportă greu călătoriile cu avionul, vaporul sau mașina. Simptomele sînt: paloarea feței, transpirația rece, salivă și vărsături.

Cîteva măsuri preventive se impun:

- în ajunul plecării persoana respectivă trebuie să se odihnească bine;

- să-și asigure medicamentul recomandat de medic în asemenea situații;

- alimentația, pe parcursul călătoriei, să fie cît mai ușoară;

- de preferat ca persoana suferindă să stea pe locul din față;

- se recomandă ca poziția în timpul călătoriei să fie culcată cu capul sprijinit.

- în timpul călătoriei se vor evita diferitele preocupări, tricotatul, cititul, jocul de cărți.

La destinație

Fie că veți locui la hotel, corturi sau campinuri, nu uitați:

- pentru a contracara schimbările de temperatură care pot tulbura organismul nostru este de preferat a se purta îmbrăcăminte adecvată din fibre naturale, lînă, bumbac;

- de a adopta o alimentație bogată în glucide dacă este frig sau bogată în sare dacă transpirăm.

Sporturile

● dacă eventual le practicați și în restul anului se pot continua mai intens, în vacanță. Pentru cei care acum le încep, pentru persoanele sedentare, se cere o adaptare, practicare treptată. Abuzurile din primele zile duc la febră musculară, oboseală. Desigur, un echipament complet vă vor face clipele petrecute pe terenul de sport și mai plăcute;

- pentru cei care preferă plimbările lungi, drumețiile, să prefere orele dimineții sau serii. Odihna la 1/2 oră este binevenită.

Jocurile de societate

- care se desfășoară de obicei în grup, după orele de cină, mai ales în zilele ploioase. Jucătorii nu trebuie să transforme aceste momente deconectante în prilejuri de conflicte tensionale.

Acasă

Nu avem întotdeauna posibilitatea ca în vacanță să plecăm de acasă. Cu diferite „trucuri” ne vom simți ca și cum am fi plecați dacă:

- vom reduce pe cît posibil timpul petrecut la bucatărie;

- vom apela la semipreparatele gustoase, apetisante;

- vom minca din cînd în cînd la un mic restaurant;

- ne vom face un program pentru a cunoaște ca turist ceea ce încă nu știam că există în orașul nostru;

- pe terasa sau în fața ferestrei pe un balansoar vom parcurge lectura preferată.

SEMNE ȘI INTERPRETĂRI

La solicitarea cititorilor almanahului revistei noastre, continuăm și în acest an cu rubrica „Semne și interpretări” cu concursul tovarășilor: prof. dr. doc. Gheorghe DANCĂU — de la Institutul de medicină—Timișoara, și conf. dr. Marian MOANGĂ — din cadrul I.M.F.—București.



AEROFAGIA

O manifestare clinică ce se datorește înghițirii unei cantități mari de aer odată cu saliva cu alimentele rapid ingerate și care determină apariția aerogastriei. De altfel, cea mai mare parte din aerul existent în tubul digestiv, provine din aerul înghițit, la care se adaugă o cantitate variabilă de gaz produs în lumenul intestinal în timpul proceselor de digestie. O oarecare cantitate de aer înghițit sau „aerofagia”, există și la persoanele normale și se poate constata prin examenul radiologic. Dar și în unele împrejurări, cum ar fi stările nevrotice, anumite obiceiuri alimentare, o igienă alimentară deficitară ori o boală intestinală, aerofagia provoacă o serie de simptome proprii. De asemenea, o senzație de balonare postprandială precoce, cu creșterea stării de tensiune abdominală, ușurate prin eructații (rigieli) și asociate cu importante cantități de aer, vizibile la nivelul fundului stomacului la radioscopie, este cunoscută sub denumirea de aerogastrie sau dilatație de stomac.

Uneori, distensia gastrică marcată, prin aerofagie, poate să provoace dureri intense în regiunea precordială (așa-numitul sindrom gastro-cardiac), care are aspectul unei angine pectorale, sau dacă este mai de durată se poate pune problema chiar a unui infarct miocardic acut. Iată de ce trebuie să fim atenți cu interpretarea acestor simptome mai ales la cei nevrotici, anxioși, care pot suferi atât de aerofagie, cât și de tulburări cardiovasculare. La vîrstnici, purtătorii unei afecțiuni coronariene cunoscută ca angină pectorală, o masă mai abundentă, însoțită și de o aerofagie, poate declanșa suferința acută coronariană (angina de piept veritabilă). Un prinz cu alimente mai greu digerabile (grase), întîrzie și evacuarea aerului înghițit către intestin, ceea ce provoacă o senzație prelungită de distensie, cu eructații, care este foarte bine cunoscută de numeroase persoane după o masă cu alimente grase.

Aerul înghițit care nu se elimină prin eructații trece în intestin și poate să producă o distensie abdominală difuză sau să se blocheze la nivelul unghiului stîng al colonului, cînd, de asemenea, poate provoca dureri abdominale difuze sau cu iradiere în regiunea precordială, simulînd frecvent angina pectorală.

În această situație, dacă bolnavul are emisii de gaze pe cale intestinală sau prin actul defecației, durerile abdominale și precordiale cedează.

În aceste condiții, la percuția abdomenului se constată o sonoritate exagerată (timpanism), iar la examenul radiologic se remarcă mari cantități de aer în colon.

Aerofagia poate fi prevenită printr-o igienă alimentară corectă.



AMEȚEALA

Este o senzație dezagreabilă de nesiguranță, prăbușire sau plutire a corpului, de torpoare trecătoare, însoțită de teama de leșin iminent. Prin cuvântul în sine, suferindul descrie simptome dintre cele mai diferite, de la vertijul propriu-zis la senzația de nesiguranță în mers, de clătinare, de învîrtire în cap, de încetșare a vederii și de pierdere bruscă a forței musculare în membrele inferioare. După acuzele prezentate s-au stabilit patru categorii de tulburări înscrise în marele capitol al amețelii și pe care le vom prezenta în cele ce urmează.

Tipul I se caracterizează printr-o senzație de rotație (vertij) a obiectelor din jurul bolnavului. Vertijul violent este însoțit adesea de grețuri, vărsături și mers clătinat, iar debutul său este adesea brusc, semănînd cu o senzație de azvîrlire la pămînt. În formele medii poate fi numai o senzație de legănare, cu o vagă amețală. Dar cînd aceasta este exclusiv rotatorie se datorește unei afecțiuni a sistemului vestibular (fie labirintul periferic, fie conexiunile lui centrale). Vertijul de cauză periferică se întîlnește în: vestibulopatia periferică acută, vestibulopatia acută și recurentă, Sindromul Menière, afectarea toxică a labirintului, spondiloza cervicală, hipotiroidism, otită medie etc. Cît privește vertijul de cauză centrală el poate apărea în boli cerebro-vasculare cu ischemie în teritoriul arterei vertebrobazilare ce afectează nucleii vestibulari sau conexiunile lor și care necesită tratament cu aspirină sau dipiridamol; scleroza în plăci — cînd se asociază cu tulburări motorii oculare; tumori ale unghiului cerebello-pontin; migrena vertiginosă — cînd poate apărea înaintea cefaleei, în timpul sau ca un echivalent al ei; infecții virale (herpes Zoster etc.).

Tipul II se recunoaște după faptul că amețeaua se manifestă ca o senzație de leșin iminent sau pierderea conștiinței. Bolnavii prezintă și paloare, întunecarea vederii, uruit în urechi, simptome ce dispar în mo-

mentul în care se așază în poziția orizontală. Amețeaua de tip II de origine cardiovasculară este cu debut brusc și de scurtă durată. Cînd însă slăbiciunea este cu debut progresiv sau de lungă durată, trebuie să ne gîndim la un episod de hipoglicemie. Senzația de leșin iminent presupune de obicei o alimentare neadecvată cu singe a întregului creier, ca în hipotensiunea ortostatică. Ea nu este o manifestare de ischemie cerebrală focală.

Amețeaua de acest tip se întîlnește în: anemiile severe, hipertensiunea arterială, hipoglicemii (asociate cu transpirații și senzație de foame), afecțiunile sincopale (hipotensiunea ortostatică, hipersensibilitatea sinusului carotidian, tromboza coronariană etc.).

Tipul III de amețală inscrie în grupa sa dezechilibrul: pierderea echilibrului fără o senzație anormală în cap. Aceasta apare numai în timpul mersului și dispăre de îndată ce subiectul se așază. Se datorează unei tulburări a controlului asupra sistemului motor.

Tipul IV înseamnă de fapt o amețală vagă, altfel decît vertijul — leșinul sau dezechilibrul. Senzație de legănare în loc de senzație de rotire. În aceste cazuri trebuie căutate simptome de hiperventilație sau ale unei afecțiuni psihice, în mod deosebit depresii sau anxietate.

Tratamentul vizează în primul rînd combaterea crizei vertiginosă, prevenirea recidivelor și apoi înlăturarea cauzei, deci un tratament etiopatogenic. În criză medicul recomandă: repaus la pat în cameră obscură și dietă hiposodată, medicamente anticolinergice (sulfat de atropină, foladon, bergofen, scobutil compus), tranchilizante și sedative (Diazepam, Nitrazepam, Napoton, Extraveral etc.), vasodilatatoare (papaverină, sulfat de magneziu, hidergin, sadamin, complamin), antiemetice (emetiral, torean) etc.

Dar indiferent de cauză și durata crizei, medicul este acela care stabilește conduita terapeutică cea mai adecvată.

Nicotina dăunează memoriei: psihologi și psihiatri de la Universitatea din California au studiat influența fumatului asupra memoriei. Subiecții au fost împărțiți în 2 grupe: fumători și nefumători. Tuturor li s-a dat să memorigeze o listă de 75 de cuvinte — profesii, plante, animale etc. După 3 minute trebuiau să repete ce au reținut. S-a constatat că nefumătorii și cei care au fumat țigări fără nicotină au reținut mai mult. La verificare, după 2 zile, efectul a fost și mai clar, concluzia fiind că nicotina dăunează și memoriei operative și a celei de lungă durată.



AMNEZIA

Cunoscută ca o pierdere totală sau parțială a memoriei, ea este întâlnită într-o serie de maladii nervoase, printre care ateroscleroza cerebrală, intoxicațiile cronice cu alcool, nevrozele, oboseala intelectuală etc.

Sub aspectul manifestării se cunosc mai multe tipuri de amnezii. Astfel cele **anterograde** se referă la evenimentele trăite după debutul bolii, fiind datorate mai ales scăderii capacității de fixare a imaginilor și evenimentelor noi, fapt pentru care mai poartă numele și de **amnezii de fixare**. Concret, se caracterizează prin incapacitatea de a reda un eveniment trăit recent, în timp ce amintirile anterioare sînt relativ bine conservate, putînd fi încă redată.

O altă categorie de amnezii sînt cele **retrograde**, de **evocare** în care tulburarea memoriei se întinde progresiv spre trecut, într-un sens retrograd dinaintea debutului bolii, pînă în copilărie. Deseori, acestea i se supraadaugă caracterul anterograd, realizînd o progresivitate anterogradă, deci amnezia anteroretrogradă care privește atît evenimentele de după boli, cît și pe acelea dinaintea debutului. Dar uitarea este mai accentuată pentru faptele mai recente, iar amintirile mai îndepărtate sînt mai bine ordonate, logic sistematizate, definitiv separate, nu numai de cunoștințele prezentului, în care insul se descurcă tot mai greu, ci și de consecințele anxiogene. Cu cît evenimentele sînt mai îndepărtate, cu atît ele au fost mai frecvent evocate, astfel încît evocarea lor actuală a devenit o obișnuință și o repetare cvasimecanică, mai simplă de realizat decît trecutul mai apropiat, mai complex și mai puțin automatizat. Un model de amnezie retrogradă este și afazia Wernicke în care nu sînt uitate numai cuvintele auzite, citite sau scrise, ci este uitat vocabularul însăși, într-o ordine progresivă, ca și cum ar respecta anumite reguli gramati-

cale: inițial numele proprii, apoi numele comune, adjectivele și, în sfîrșit, verbele.

Cînd procesul amnezic cuprinde numai o perioadă de timp scurtă, amnezia este **lacunară**. Ea se întâlnește în stări confuzionale, indiferent de etiologie, traumatisme cranio-cerebrale, echivalențe epileptice sau stări crepusculare.

Cît privește **amnezia tardivă** sau întîrziată, lacuna amnezică asupra perioadei confuzionale nu se instalează imediat, consecutiv acesteia (moment despre care bolnavul își poate aminti încă), ci treptat și numai după o anumită perioadă. Acest tip de amnezie a fost descris în epilepsie și stările confuzionale.

Amnezia poate fi produsă de factori organici sau psihogeni, și de aceea vom putea vorbi despre o altă categorie de amnezie legată de factorii cauzatori. Astfel, în **amnezia organică**, tulburările fiziologice ale neuronilor prin alterări chimice, traumatisme sau alterări degenerative, interferează procesele asociative. Pierderea organică a memoriei este produsă prin alterarea înregistrării și a procesului de retenție, mai ales a acestuia din urmă. În cea **psihogenă**, reamintirea este inhibată din motive psihologice. Absența memoriei reprezintă o apărare activă contra experiențelor dureroase sau generatoare de anxietate. Amnezia psihogenă poate oferi o scăpare nu numai de amintirea unor experiențe intolerabile, dar și de consecințele unei acțiuni. Dacă anxietatea este severă poate apărea o reacție disociată cu un automatism de fugă, în care pacientul are o pierdere a memoriei, atît pentru experiențele trecute cît și pentru identitatea sa. O altă formă de amnezie psihogenă mai frecventă este în raport cu o acțiune; este rezultatul unui conflict între dorințe și tendințe. Uităm să facem un anume lucru fiindcă lucrul respectiv sau acțiunea intră în conflict cu dorințele sau interesele noastre adesea inconștiente.

Tratamentul amneziei trebuie să fie în primul rînd profilactic, să prevină ateroscleroza cerebrală prin regim igienico-dietetic hipolipidic, hipoglucidic, activitate fizică zilnică, restabilirea greutății corporale ideale, renunțarea la tutun, cafea, alcool, tratarea corectă a hipertensiunii arteriale, a dislipidemiei și diabetului, cît și evitarea stresului. În plus se mai recomandă adaptarea la mediul social, la muncă și profesiune.

Curativ se folosesc vitamine energizante, substanțe ce intervin în metabolismul celulei nervoase (encephabol, meclofenoxat), vasodilatatoare (sadamim, complamin, cosaldon, hidergine), antiagregante plachetare (aspirină sau dipiridamol) etc.



INCONTINENȚA URINARĂ

Un simptom prin care se înțelege pierderea involuntară de urină și care poate avea mai multe cauze: psihogenă (frică), neurologică (leziuni ale măduvei spinării) și urinară.

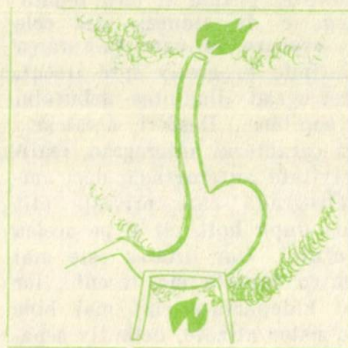
Cîteva forme mai frecvent întîlnite merită să fie subliniate, și anume forma ortostatică sau de efort, enurezisul și forma prin regurgitare.

Incontinența urinară ortostatică sau de efort la femeie, cînd aceasta pierde involuntar urină în poziția ortostatică (în picioare) sau în timpul unor eforturi fizice (strănut, tuse, ridicarea unor obiecte etc.) are drept cauze o serie de condiții patologice: relaxarea țesuturilor și pierderea elasticității acestora, ca urmare a nașterilor; dereglarea în cursul diferitelor intervenții chirurgicale, a aparatului de susținere a vezicii urinare (histerectomie); tulburări ale inervației sfîcterului uretral; dispariția unghiului uretrovezical, ca urmare a prolapsului genito-urinar.

Clinic, manifestările se caracterizează prin pierderea involuntară de urină la eforturi fizice de intensitate diferită sau în timpul poziției în picioare prelungită; dureri în regiunea sacroiliacă (uneori) accentuate de poziție ortostatică și care diminuează în decubit și se datoresc tracțiunii exercitate de prolapsul genito-urinar; jenă sau senzația de tensiune locală; evidențierea prolapsului peretelui vezical anterior sau vaginal. Examenul ginecologic descoperă în aceste cazuri o ruptură de perineu cu cistocel (hernierea parțială sau totală a vezicii), rectocel (hernierea peretelui anterior al rectului) sau cistorectocel și prolaps genital de diferite grade. Deci, în aceste situații, este necesar un examen ginecologic și urologic care poate stabili cauzele incontinenței urinare.

Enurezisul reprezintă cea de-a doua formă de pierdere involuntară și inconștientă de urină, observată mai ales la copii. Persistența sa după 2—3 ani este patologică și

poate fi expresia unei distonii neurovegetative, infecții urinare, diabet zaharat, anomalii ale aparatului urinar, malformații ale măduvei spinării (respectiv ale coloanei vertebrale) terminale etc. În toate aceste situații trebuie să ne adresăm medicului urolog și, bineînțeles, mai ales la copii, trebuie să se încerce metode educative de formare a reflexelor normale de micțiune. În ceea ce privește incontinența urinară prin regurgitare, aceasta se întîlnește în cazurile cu retenție urinară prelungită, cînd sfîcterul vezical cedează în cele din urmă și supraînlul de urină se evacuează picătură cu picătură. Este o falsă incontinență de urină. Bolnavul urinează din „prea plin”. Se întîlnește în special la bărbații mai în vîrstă cu adenom periuretral, paraplegii, după un șoc operator. Această situație poate să fie înșelătoare pentru cel care examinează sumăr un astfel de caz, pentru că, în general, cei în cauză afirmă că urinează, dar că prezintă o senzație de tensiune dureroasă în regiunea inferioară a abdomenului și au o stare de neliniște. La un examen mai atent se constată că prezintă semne de retenție urinară, cu vezica urinară care se palpează deasupra pubelui (glob vezical). De aceea se procedează imediat la un sondaj vezical și se evacuează o cantitate mare de urină, după care bolnavul se simte ușurat, iar „globul vezical” a dispărut.



PIROZISUL

Un simptom considerat a fi expresia unei activități neuromusculare anormale la nivelul cardiei și a zonei învecinate cu o alterare a tonusului esofagian și care se caracterizează printr-o senzație de arsură localizată retrosternală sau în regiunea epigastrică. La început, caracterul său a sugerat o relație cu hiperclorhidria, însă s-a dovedit că poate fi întîlnit și la bolnavii cu aciditate normală sau chiar anacizi.

Pirozisul însoțește adesea regurgitățile (eliminarea conținutului gastric în esofag și apoi în gură, prin reflex, fără contracția musculaturii abdominale și deci fără efort) și apare în esofagite și ulcerul esofagian, ulcerul gastric și duodenal, la persoane care mănâncă precipitat sau cu aerofagie, după consum de alcool concentrat sau alimente intens condimentate. În ceea ce privește esofagitele acestea sînt caracterizate prin inflamația acută sau cronică a mucoasei esofagiene, datorită unor factori fizici, chimici, infecțioși și carențiali — dismetabolici (debilitatea, avitaminozele A, B6, B12, sclerodermia, anemia Biermer, dermatomiozita). Simptomele principale ale acestora sînt disfagia și pirozisul.

Pirozisul este remarcat la început după mese abundente și cu relație posturală (flexia trunchiului), dar ulterior se percepe după ingestia unor alimente calde sau reci, eventual acide, fiind însoțit de fenomene discrete de disfagie. Manifestările clinice includ încă de la început asociate — pirozisului, disfagia, durerea epigastrică iradiată retrosternal și regurgitațiile —, iar pe măsura evoluției bolii, eructațiile (evacuarea prin gură a gazelor din stomac), răgușeala, schimbarea de voce, salivarea și vărsăturile. În herniile hiatusului esofagian (herniile hiatale) simptomele sînt comune cu cele din esofagite de reflux și constau în durere epigastrică produsă de alimentația bogată, de decubit, pirozis, regurgitații, vărsături, disfagie și uneori anemie prin hemoragie digestivă acută cronică.

În ulcerul esofagian, pirozisul, eructațiile și regurgitațiile acide sînt frecvente, dar au mai mult caracter postural, fiind lipsite de ritmicitate orară și legătura cu mesele, care există în ulcerul gastro-duodenal.

Tratamentul medical cu regim alimentar de cruțare și medicație antiacidă, amendează în unele cazuri manifestările clinice, dar nu modifică circumstanțele etiologice de producere a regurgitației acide. Cînd terapia medicală se dovedește inefficientă se recomandă intervenția chirurgicală, menită să corecteze tulburările morfologice existente.



PRURITUL

Este o senzație cutanată care provoacă scărpinatul, cu apariția de excoriații, uneori profunde și lichenificări cînd se cronicizează. Fiziologia apropie pruritul de durere și cu toate că nu este decît un fenomen minor el încetează în același timp cu aceasta și sub acțiunea anesteziei locale.

Experimental substanțele histamino-eliberatoare declanșează eritem, edem și prurit, prin eliberarea de histamină endogenă. Cît privește scărpinatul prin microtraumatisme cutanate repetate, el provoacă apariția de enzime proteolitice cu eliberarea de histamină, care întrețin pruritul. Cunoștințele actuale nu permit însă explicația proceselor care intervin în geneza pruritelui, în circumstanțe variate, ca: icter, azotemie, diabet, stări nevropatice.

Pruritele pot fi localizate sau generalizate.

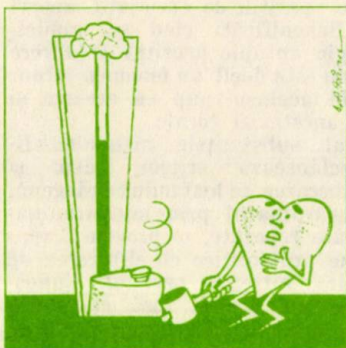
Pruritele localizate sînt: vulvare (prin afecțiuni cu caracter specific, de origine infecțioasă sau parazitară), anale (la adulți cu oxiuri, candidoze, hemoroizi, fisuri anale), genitale (prin balanite, candidozele diabeticilor, intoleranțe la țesături sintetice) și ale pielii capului (cauzate de șamponuri netolerante, cafea, pediculoză, stări neuro-psihice).

Pruritele generalizate sînt: cele ce însoțesc stările alergice (de tip anafilactic, serice și cele celulare și mixte), cele din afecțiunile metabolice. De exemplu, în diabet, pruritul poate fi revelator pentru necunosători, dar poate apare și în cursul bolii ca urmare a unei hiperglicemii nocturne cu glicozurie importantă sau o intoleranță medicamentoasă. Iar în cazul afecțiunilor hepatice, el este semnul clinic major al icterului. Patogenia în astfel de cazuri ar putea fi legată de iritația terminațiilor nervoase cutanate prin sărurile biliare acumulate prin mecanism colostatic sau prin intervenția histaminei care ia naștere în cantitate mare în ficat. Cît privește pruritul din hipertiroidie, aici mecanismul de producere este

Tratarea depresiunilor nervoase prin modificarea orarului de somn. Specialiștii spitalului de psihiatrie din Maryland, S.U.A., și-au trimis pacienții la culcare cu 6 ore mai devreme și au considerat că unele depresiuni au dispărut. Se presupune că pacienții cu depresiuni încep să viseze mai devreme decît persoanele sănătoase, deoarece ceasul lor biologic „o la înainte”.

legat de dezechilibrul neurovegetativ și dezordinile simpatice care însoțesc această boală. Dar există și alte forme de prurit generalizat. Astfel, amintim pe cel din diferitele episoade ale vieții genitale ale femeii (în al treilea trimestru de sarcină, în menopauză etc.)

În fine, mai amintim ultimele două categorii de prurituri cunoscute: pruritul psihogen (la persoane cu tulburări afective, nevroză obsesională, conflicte de muncă sau sentimentale) și cel senil (care se întâlnește la oameni trecuți de 70 de ani). Respectă obișnuit pielea capului și organele genitale. Pruritul senil creează insomnii și slăbire care poate duce la o veritabilă stare cașectică. Patogenia nu se cunoaște, dar trebuie avute în vedere toate cauzele enumerate mai sus.



SINCOPA

Reprezintă o urgență medicală care se manifestă prin pierderea cunoștinței pentru o durată scurtă de timp (de câteva secunde sau minute) și este consecința unei irigații cerebrale deficitare, adică a unei insuficiențe acute. Dar trebuie să arătăm că sincopa se poate ușor confunda cu lipotimia, care se manifestă tot prin pierderea tranzitorie a cunoștinței; având la bază tot o insuficiență acută de irigare cerebrală.

În ce privește mecanismul de producere a insuficienței irigației cerebrale, în cazul sincopelor este vorba de o insuficiență circulatorie cerebrală acută, produsă printr-o oprire tranzitorie a funcției de pompă a inimii, fie prin stop cardiac, fie printr-o tahicardie excesivă, care scade până aproape la zero debitul cardiac. În cazul lipotimiei însă, funcția cardiacă este păstrată, chiar dacă se produc oarecare tulburări (bradicardie sau tahicardie), fiind vorba mai mult de o repartitie inegală a singelui în arborele vascular, în cadrul căruia debitul destinat extremității cefalice este insuficient.

Totuși sincopa fiind mai deosebită, ne obligă să avem în vedere două aspecte

importante pentru tratamentul ce se va aplica: recunoașterea ei ca atare și descoperirea cauzei care a produs-o. Pentru că de multe ori diagnosticul este pus retrospectiv și până la sosirea medicului, suferindul poate să-și revină. Iată de ce precizăm că diagnosticul se sprijină pe aspectul clinic prezentat de bolnav, care, uneori fără o cauză aparentă, în mod brutal cade, pierzându-și cunoștința. Alteori sincopa poate să fie precedată de o serie de manifestări care ne pun pe drumul cel bun: amețeală, țiuiri în urechi, senzație de sufocare, paloare, transpirații reci, privire fixă etc. Odată stabilit, medicul constată: dispariția completă a motilității și sensibilității, absența mișcărilor respiratorii, rărirea zgomotelor cardiace, scăderea până la imperceptibilitate a pulsului, prăbușirea tensiunii arteriale. Persoana în cauză este într-o stare de moarte aparentă care, după gravitatea cauzei, se poate transforma într-o moarte reală.

Cauzele care pot provoca o sincopă sînt foarte variate, iar mai frecvent întîlnite sînt: cauzele reflexogene (cu sistemul circulator normal), care pot determina inhibiția inimii cu oprirea ei; traumele psihice (emoții, contrarietăți), la persoane cu teren nevrotic (mai ales femei); durerea fizică intensă (colică renală, compresiune testiculară, o perforație de organ digestiv etc.); unele boli cardiovasculare (leziuni valvulare — stenoza aortică, insuficiența aortică, stenoza mitrală strînsă —, tahicardia paroxistică, fibrilația atrială paroxistică, flutterul atrial paroxistic, fibrilația ventriculară, blocul atrioventricular; infarctul miocardic, pericardita exudativă cu cantitate mare de lichid; creșterile bruște sau scăderile bruște ale tensiunii arteriale) care scad debitul inimii sau răresc brusc frecvența bătăilor ei.

Dat fiind importanța aplicării tratamentului, este necesar să nu fie confundată cu alte stări de boală cit de cît asemănătoare și pe care trebuie să le recunoaștem. Astfel, criza epileptică, aceasta apare de regulă în copilărie și se repetă, este precedată de aură, avînd debutul și sfîrșitul brusc. În timpul accesului suferindul își mușcă limba și prezintă incontinență urinară. În cazul comei, bolnavul își pierde cunoștința de lungă durată, dar activitatea cardiacă și respiratorie sînt prezente. Cît privește vertijul, acesta are un caracter rotator, însoțit de senzația de greață și nistagmus, cu pulsul și tensiunea normale.

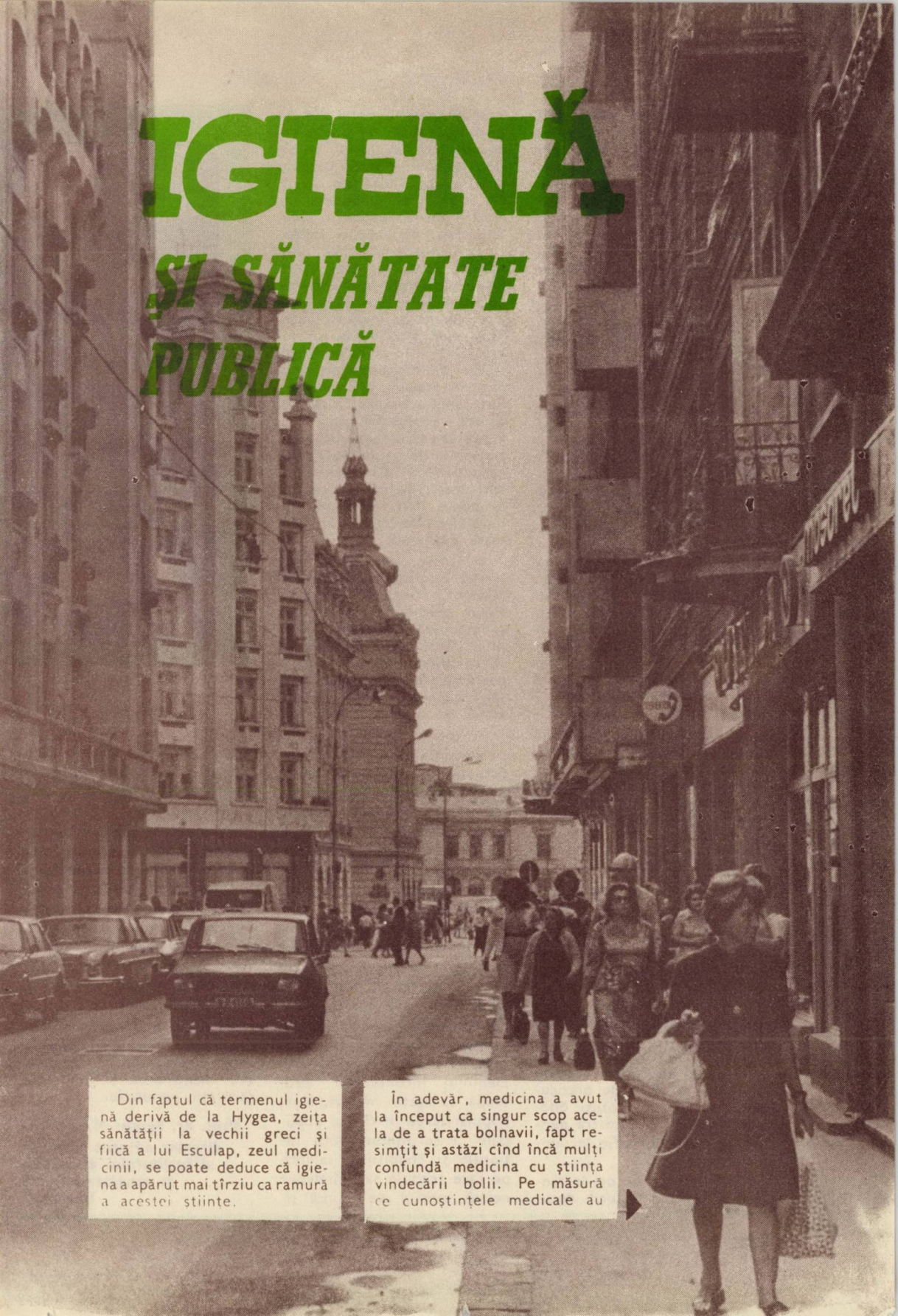
Tratamentul constă din lovitură puternică în regiunea precordială, masaj cardiac extern, cu respirație gură la gură, perfuzie cu soluție glucozată și isuprel; mijloace electrice de stimulare cardiacă etc.

Grupaj realizat de
dr. George M. GHEORGHE

IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ

Din faptul că termenul igienă derivă de la Hygea, zeița sănătății la vechii greci și fiică a lui Esculap, zeul medicinei, se poate deduce că igiena a apărut mai târziu ca ramură a acestei științe.

În adevăr, medicina a avut la început ca singur scop acela de a trata bolnavii, fapt resimțit și astăzi când încă mulți confundă medicina cu știința vindecării bolii. Pe măsură ce cunoștințele medicale au



evoluat, dar mai ales în măsura în care s-a ajuns la cunoașterea cauzelor care produc bolile, medicina a început să se preocupe alături de vindecarea bolilor și de păstrarea sănătății. Putem afirma că igiena a apărut deci în momentul cînd medicina a trecut de la caracterul său empiric la caracterul științific.

La început a acționat mai ales pentru combaterea bolilor, prin măsurile de igienă căutîndu-se să se limiteze bolile apărute, să se reducă numărul bolnavilor, să se oprească extinderea bolilor. Desigur că aceste preocupări au avut și au încă un rol deosebit de important în menținerea sănătății, deși ele pot fi considerate ca o intervenție tardivă, abia după apariția bolii. Mai tîrziu igiena a trecut de la combaterea bolilor la prevenirea lor, abordînd mijloacele și metodele profilactice de împiedicare a apariției bolilor, de înlăturare a cauzelor care le produc, prin împiedicarea nu numai a extinderii, ci chiar și a apariției bolilor, activitatea de igienă reprezentînd indiscutabil o etapă calitativ superioară.

În acțiunea sa de profilaxie și combatere igiena s-a adresat în primul rînd bolilor infecțioase, care cunosc în general o singură cauză (de exemplu, tuberculoza este produsă de bacilul Koch, febra tifoidă de bacilul tifoid etc.) și deci, înlăturînd cauza, se poate evita producerea bolilor. Mult mai dificilă a apărut acțiunea igienei cînd s-a adresat bolilor neinfecțioase, dintre care multe sînt produse de mai multe cauze, întrucît a fost mai dificil de diferențiat factorii principali sau determinanți ai bolii respective decît factorii secundari sau favorizanți. Cu toate că și unii și alții trebuie să intre în sfera de preocupări a igienei, totuși diferențierea lor e necesară pentru ca măsurile să fie încununate de succes.

De foarte multe ori în asemenea cazuri factorii recu-

noscuți pentru rolul lor în producerea bolii, denumiți *factori de risc* sau *factori potențiali ai bolii*, pot fi prezenți fără însă ca boala să se producă, iar evitarea și combaterea lor contribuie la neapariția bolii. Și totuși, evitarea și înlăturarea factorilor de risc, deși măsură utilă, nu este întotdeauna eficientă în prevenirea apariției bolii, în cazul unor afecțiuni ce au o pluricauzalitate, cum sînt bolile cardiovasculare, care au ca principali factori de risc alimentația bogată în grăsimi sau zaharuri, lipsa unei activități fizice susținute, suprasolicitarea nervoasă sau stressul psihosocial, consumul de tutun sau alcool. Deși e dificil a-i înlătura pe toți acești factori de risc, li se poate însă limita sau reduce sfera de acțiune printr-o viață rațională.

În acest sens acționează igiena în prezent, nu numai pentru a preveni bolile, ci chiar pentru a perfecționa și îmbunătăți sănătatea oamenilor, fapt ce a determinat să se afirme că a intrat în cea de-a treia etapă de dezvoltării sale, cea de creștere continuă a nivelului sănătății.

În țara noastră principiul profilaxiei stă la baza tuturor activităților medicale. Însăși Legea privind asigurarea sănătății populației prevede obligativitatea tuturor organelor sanitare de a asigura sănătatea populației prin îmbunătățirea permanentă a condițiilor de igienă în mediul de viață și la locul de muncă. Aplicarea acestui principiu se reflectă în înseși principalele preocupări ale igienei: stabilirea unei alimentații raționale, asigurarea dezvoltării fizice și psihice armonioase a tinerei generații, prevenirea poluării mediului înconjurător, protecția sănătății muncitorilor, popularizarea în rîndul populației a cerințelor vieții raționale și condițiilor salubre pe care trebuie să le îndeplinească mediul de muncă și



viață, pentru ca fiecare individ să contribuie activ la păstrarea și promovarea propriei sănătăți.

În acest context, organizația de Cruce Roșie din țara noastră își aduce o contribuție valoroasă la promovarea igienei și profilaxiei prin activul său voluntar, prin materialele de propagandă și educație sanitară pe care le editează, prin toate acțiunile pe care le organizează.

În paginile următoare sînt prezentate cîteva domenii în care igiena acționează pentru menținerea și întărirea sănătății populației.

Prof. dr. Sergiu MĂNESCU
director adjunct științific
al Institutului de igienă
și sănătate publică
București



SALUBRITATE

Urbanizarea, ca fenomen psiho-social, apărut încă din primele etape ale dezvoltării sociale, a presupus numeroase și complexe servicii, cu atât mai importante cu cât localitățile cuprindeau un număr mai mare de locuitori. Formarea marilor colectivități a fost însoțită astfel de noțiunea de insalubritate, generată de condițiile materiale precare ale dezvoltării localităților, de necunoașterea adevărurilor științifice legate de starea de boală și sănătate, de obiceiuri religioase, de înapoierea social-culturală a populației. În opoziție cu insalubritatea s-a conturat însă și noțiunea de salubritate. Astfel spus, insalubritatea e o stare ce reprezintă cauza îmbolnăvirilor.

populației. Chiar Hipocrate, părintele medicinei, preconizând pentru fiecare individ un cadru de viață pentru a-și păstra sănătatea — cadru oferit de apă, aer și locuință — definea astfel prin percepțiile sale noțiunea de salubritate.

Factorii mediului sînt naturali — apa, aerul, solul — sau artificiali (creați de om) — locuința, instituțiile, construcțiile etc. —, iar salubritatea unei localități include supravegherea tuturor acestor elemente vitale, cum ar fi locuințele, străzile, piețele, solul, apa, aerul etc.

Ce reprezintă salubritatea locuințelor este ușor de înțeles, gîndindu-ne la faptul că ele reprezintă spațiul în care omul trăiește, în care se odihnește, își reface forțele de muncă, se distrează, lucrează etc.

Se cunoaște relația dintre locuința insalubră și apariția sau agravarea unor boli. Lipsa unor condiții elementare de aprovizionare cu apă, de colectare și îndepărtare a reziduurilor poate favoriza apariția unor boli digestive microbiene, virale sau parazitare, ca febra tifoidă, dizenteria, hepatita epidemică, ascaridoza etc. Umiditatea (igrasia crescută) poate favoriza reumatismul. Insuficiența iluminatului natural poate duce la dezvoltarea fizică necorespunzătoare a copiilor și chiar la rahitism. Sînt nocivi și agenții rezultați din activitatea omului în gospodărie, cum sînt cei produși din încălzire, pregătirea alimentației, curățenie, tratări cu insecticide etc.

De asemenea, construcțiile defectuoase dau un mare număr de accidente locatarilor, în special copiilor și celor vîrstnici. Ca urmare a cunoașterii relației dintre locuință și sănătate, salubritatea unei locuințe se referă la o amplasare și o orientare corespunzătoare, la folosirea unor materiale adecvate, la o planificare și o dotare interioară pentru a se asigura o funcționalitate optimă.

Dar oricît de bine ar fi construită o locuință, dacă nu este întreținută corespunzător se degradează și devine improprie, insalubră. Menținerea unei perfecte stări de salubritate în locuință înseamnă sănătatea locatarilor.

Trecînd de la salubritatea locuinței la salubritatea localității, arătăm că aceasta poate fi influențată de aglomerarea populației și de poluarea mediului, ca urmare a creșterii numărului de întreprinderi, la care am putea să adăugăm regimul de viață caracteristic mediului urban cu suprasolicitarea nervoasă, schimbarea obiceiurilor tradiționale (alimentație, odihnă) etc.

Aspecte importante se referă la igiena străzilor, curți-

lor și piețelor, la colectarea și îndepărtarea gunoaielor sau a apelor reziduale etc.

Astfel, se spune că situația rețelei stradale reprezintă oglinda localității. Într-adevăr, modul cum se tratează din punct de vedere al salubrității străzile unui oraș exprimă igiena sau salubritatea orașului.

Prezența spațiilor verzi, a vegetației cu importanța lor decorativă, au influențe pozitive asupra psihicului uman sau și importanță medico-sanitară (reținerea poluanților) reprezentând un alt aspect al salubrității localităților.

Și aprovizionarea cu apă a localităților prezintă importanță, deoarece orice modificare a calității apei, ca urmare a unor surse de insalubritate, poate atrage după sine îmbolnăvirea populației consumatoare.

De asemenea, poluarea solului cu depozite de gunoaie sau cu ape reziduale menajere sau industriale reprezintă un aspect grav de insalubritate care se poate traduce prin apariția a numeroase boli.

Salubritatea localităților se înscrie astfel în coordonatele protecției mediului înconjurător, în sensul prevenirii și limitării efectelor dăunătoare ale acestui mediu, în scopul protejării populației umane și al dezvoltării stării de sănătate.

În țara noastră, în scopul aplicării în mod unitar a măsurilor necesare protecției mediului înconjurător s-a adoptat Legea nr. 9/1973.

În acest context, salubritatea localităților constituie o parte a activității generale de dezvoltare economico-socială. Ea înseamnă menținerea și ameliorarea calității factorilor naturali, combaterea poluării mediului înconjurător, asigurarea unor condiții de viață și de muncă tot mai bune.

Dr. Alexandru CALCIU



VECTORI

Lumea deosebit de variată și bogată a viețuitoarelor oferă omului, alături de neprețuite foloase, și numeroase neajunsuri, printre care se înscrie și capacitatea unora de a răspindi o serie de boli infecțioase ce afectează, uneori grav, sănătatea umană. Este bine cunoscut astăzi că mai mult de o treime din bolile infecțioase umane au drept sursă animalele.

Cum se explică aceste fenomene?

Ca și omul, animalele pot suferi de diferite boli. Unele dintre acestea sînt speci-

fice (holera aviară, pesta porcină etc.), altele, în schimb, pot trece și la om, cauzându-i îmbolnăviri grave.

Natura specifică a unor animale din grupe foarte variate — rozătoare, rumegătoare, carnivore, păsări, insecte, căpușe și chiar reptile (șerpi) și batracieni (broaște) — face posibil ca în organismul acestora să se dezvolte (să crească și să se înmulțească), ca într-un „mediu de cultură“, germenii a numeroase boli (bacterioze, viroze, rickettsioze, micoze, protozoare, helmintiaze etc.), fără ca animalele să sufere de pe urma acestora. Ele ajung astfel adevărate rezervoare de infecție de la care bolile sînt trans-

mise, pe căi directe sau indirecte, la om, fiind cunoscute sub denumirea de zoonoze.

Statisticile sanitare actuale ale O.M.S. semnalează aproape 100 de astfel de zoonoze (antraxul, bruceleloza, febra recurentă, leptospirozele, morva, pesta, salmonelozele, sodku, tuberculoza, tularemia, encefalita, coriomeningita limfocitară, febra aftoasă, turbarea, tifosul exantematic, febra de căpușe, febra Q, histoplasmoza, tricoftia, dizenteria amibiană, leishmanioza, toxoplasmoza, numeroase helmintiaze (viermi paraziți) și miază (insecte parazite) etc.

În afara animalelor care constituie rezervoare de infecție și care prin contactul lor direct, întimplător sau obișnuit cu omul răspîndesc

germenii infecțioși (șoareci, șobolani, animale de vinat sau domestice etc.), bolile pot fi transmise, și prin intermediul a unui alt șir numeros de viețuitoare, fie prin simplul transport al germeilor și contaminarea apei și alimentelor consumate de om (muște, gândaci, furnici etc.), fie prin înțeparea directă a omului de către insecte care se hrănesc cu sînge (țîntari, căpușe, pureci, păduchi etc.), toate aceste viețuitoare fiind denumite vectori.

Un rol deosebit de important în transmiterea bolilor infecțioase îl pot juca viețuitoarele ce trăiesc în preajma omului, care pătrund și se mențin adesea în locuința sa (muște, gândaci de bucătărie, ploșnițe, furnici, șoareci, șobolani etc.).

Este bine cunoscut faptul că unele dintre aceste viețuitoare vizitează cu predilecție mediile cele mai insalubre (gunoaie menajere și animaliere, instalații sanitare și canale de scurgere fecaloidă) de unde transportă germenii infecțioși, de cele mai multe ori direct pe alimentele lăsate la îndemînă lor și care devin astfel un mediu optim de înmulțire. Așa se explică de ce alimentele prezintă principala cale de transmitere indirectă a bolilor infecțioase și, în special, a zoonozelor, nu rareori sub formă de epidemie.

Cele arătate demonstrează concludent cit de importantă și necesară este lupta continuă și convinsă împotriva vectorilor.

Cum putem îndepărta sau distruge vectorii?

Produce pentru combaterea vectorilor

Vectorii	Produsul	Modul de întrebuințare
Muște, țîntari, viespii, molii	Sprayuri: Taifun, Insecticid, Muscacid Lichide: Plotox, Deparatox, Volotox, Daunotox	Pulverizare pînă la obținerea unui aspect de ceață în camere închise, 1—2 ore sau pensulare.
Gîndaci de bucătărie, furnici, ploșnițe	Lichide: Plotox, Deparatox, Volotox, Daunotox Pulberi: Furmitox	Pulverizare pe suprafețe sau stropirea lichidului insecticid cu ajutorul pompei de mînă, în camere închise 3—4 ore. Se repetă la 7 zile.
Păduchi, purici	Lichide: Plotox, Deparatox, Volotox, Daunotox Pulberi: Furnicid, Detatox, Toxid	Lenjeria și așternutul adunate într-un sac și pulverizate intens. Se repetă la 7 zile. Se pulverizează cu praf dușumeaua de sub covoare și lemnul de sub saltele
Șoareci	Produce roticide: Rotitox și momeli Rozitox	În straturi de 2 mm direct în galerii sau pe căile de acces
Șobolani	Antan, Antu, Deratan, Rotitox	Idem

Orice bun gospodar va înțelege să ia toate măsurile, în primul rînd pentru a împiedica pătrunderea acestor viețuitoare în locuință, în-depărtînd, printr-o igienă riguroasă, orice posibilitate de adăpost și sursă de hrană pentru ele, știut fiind că fără aceste condiții nu pot exista insecte și rozătoare.

Odată pătrunse în locuință sau gospodărie, insectele și rozătoarele trebuie și pot fi distruse prin acțiuni regulate de dezinfecție și deratizare, folosindu-se în mod corect produse chimice aflate în comerț.

Dr. Gervin MARCHEȘ

DEZINFECȚIE

PROFILACTICĂ

Dezinfecția constituie una dintre cele mai eficace metode de apărare, prevenire și combatere a bolilor infecto-contagioase și constă în distrugerea în mediul extern a agenților infecțioși — bacterii, fungi. Spre deosebire de sterilizare, care este capabilă să distrugă toate formele de viață microbiană, inclusiv cele sporulate, dezinfecția realizează distrugerea într-o proporție de 99—99,99 la sută a formelor vegetative ale microorganismelor existente în mediul fizic extern: pe suprafețe sau în aer, apă etc.

Pentru dezinfecție se utilizează diverse metode și diverse mijloace fizico-chimice. Este deosebit de important de reținut că nici una dintre metodele de dezinfecție folosite nu-și poate realiza efectul scontat dacă nu este precedată de o riguroasă curățenie. Dezinfecția profilactică completează curățirea, dar nu o suplinește, nu o poate înlocui. Aceasta înseamnă că, pentru a-și atinge scopul, orice

activitate de dezinfecție trebuie să fie precedată de o curățire prealabilă. Mai mult chiar, o spălare cu apă caldă (35—45 grade C) și sodă de rufe sau detergenti a suprafețelor și obiectelor din locuință poate realiza o decontaminare de pînă la 98 la sută, rezultat foarte apropiat de cel obținut printr-o dezinfecție eficace.

Dezinfecția se aplică în cazurile în care curățenia nu elimină riscul de răspîndire a infecției, iar sterilizarea nu este necesară și este indicată prin recomandări, ordine sau reglementări normative de către personalul medical sanitaro-antepidemic. Pentru prevenirea și combaterea bolilor infecto-contagioase se practică dezinfecția în focar și dezinfecția profilactică.

Dezinfecția profilactică se practică pentru a se preveni răspîndirea unor agenți patogeni proveniți de la surse de infecție necunoscute. Astfel, unitățile sanitare urmăresc, cu sprijinul organelor de stat și al întregii populații, aplicarea sistematică a unor măsuri de dezinfecție care au ca scop îndepărtarea microorganismelor prin tratări continue asupra apei de băut din instalații centrale și microcentrale, a apei din puțuri, a apei din bazinele betonate ale ștrandurilor, a băilor și closetelor de folosință colectivă sau publică etc. Tot astfel se iau măsuri pentru dezinfecția utilajelor destinate transportului, depozitării, preparării și păstrării alimentelor, pentru dezinfecția vasele și tacimurilor folosite în alimentația publică și colectivă, pentru prelucrarea termică a alimentelor ce urmează a fi conservate timp îndelungat.

În dezinfecția profilactică se utilizează un număr redus de dezinfectante, cu spectru mare de acțiune asupra bacteriilor și virusurilor, cum sînt soluțiile clorigene

(clorura de var, cloramina ș.a.), formaldehida (formolul). Alături de acestea, în raport cu specificul acțiunii, se pot întrebuința o gamă largă de dezinfectante cum sînt unii detergenți (bromocet, catisept, tego), combinații organomercurice (Merfen), iodofori (Septosol, Wescodyne), diverse combinații fenolice (Vesfene 256) ș.a. Alegerea substanțelor sau produselor, concentrațiile de utilizare, timpii și numărul dezinfecțiilor, modul de aplicare (pulverizări, scufundare, ștergere umedă ș.a.) se fac pe baza unor reguli și norme tehnice bine precizate, cu aparatură adecvată și sub controlul bacteriologic al rezultatelor obținute. În prepararea și utilizarea soluțiilor dezinfectante este necesar să fie bine cunoscută concentrația în substanță activă, să se folosească numai recipiente curate, să se utilizeze numai soluții proaspete pentru a se evita degradarea sau contaminarea lor.

Obiectele supuse dezinfecției chimice trebuie să fie bine curățate, întrucît prezența unor substanțe organice, altele decît cele microbiene, pe obiectul tratat poate avea ca rezultat neutralizarea acțiunii dezinfectante a produsului întrebuințat.

Dr. Alexandru PROFETA

ASANARE

În prevenirea și combaterea bolilor infecțioase un rol deosebit îl are populația. De aceea sînt necesare informarea, instruirea și educarea ei privind cauzele bolilor infecțioase, semnele și simptomele celor predominante, gravitatea, modul de răspîndire, posibilitățile de prevenire și combatere a

acestor boli. Este deosebit de util ca ea să știe că în bolile infecțioase se aplică, în mod diferențiat, măsuri de profilaxie și combatere care țin seama de particularitățile clinice și epidemiologice ale fiecărei boli, de caracterele biologice și ecologice ale microorganismelor patogene, de rezistența la infecție a macroorganismului și de condițiile de mediu, de viață și de muncă ale populației. Totuși se poate enunța o schemă generală de orientare a măsurilor în orice focar de boală infecțioasă transmisibilă.

Astfel, un grup de măsuri trebuie să realizeze: depistarea precoce a tuturor cazurilor de îmbolnăvire — inclusiv a formelor fruste, cu simptomatologie redusă — și izolarea bolnavilor pe toată perioada de contagiozitate. Izolarea se efectuează, potrivit reglementărilor, în spitale de boli infecțioase, în izolatoare sau la domiciliu. Indiferent de alternativa de izolare, prin amplasare se stabilesc măsuri de izolare funcțională, inclusiv măsuri de igienă și dezinfecție curentă, care să împiedice răspândirea bolii la persoanele care îngrijesc bolnavul sau la alte persoane.

După izolarea bolnavului, în focar se efectuează dezinfecția terminală, în bolile determinate de microorganisme cu rezistență mare în mediul fizic extern.

Un alt grup de măsuri se adresează contactilor din focar. Aceștia se identifică și sînt supuși supravegherii epidemiologice pe o perioadă de timp egală cu incubția maximă a bolii diagnosticate, începînd cu data izolării ultimului caz din focar. Supravegherea epidemiologică a contactilor constă în examene clinice zilnice, termometrizare, examene de laborator pentru depistarea purtătorilor sau formelor de boală inaparente clinic, tes-

tări biologice. În unele boli contactii pot fi protejați prin produse biologice (vaccinuri sau imunoglobuline) sau prin chimio sau antibioprolaxie. În alte cazuri se instituie restricții privind frecventarea colectivităților.

O măsură care începe odată cu depistarea primului caz și se termină numai după stingerea focarului constă în efectuarea anchetei epidemiologice care trebuie să stabilească sursa de infecție, căile de transmitere, populația expusă și starea ei de receptivitate, precum și factorii care au favorizat apariția focarului. Aceasta presupune efectuarea de investigații anamnestice, clinice, statistice, observația condițiilor de igienă și determinări de laborator, permițînd identificarea factorilor care au concurat la apariția focarului și aplicarea măsurilor antiepidemice pentru asanarea focarului. Cooperarea populației la buna reușită a operației este și în acest caz esențială.

Dr. Eugen CAZACU

MICROCLIMAT

Mediul construit al unei localități prezintă caracteristici microclimatice uneori net diferite de clima teritoriului din jur, exprimate prin creșterea temperaturii și scăderea umidității aerului și, mai ales, prin creșterea temperaturii radiante. Din această cauză, microclimatul marilor orașe are un caracter excitant, care suprasolicită organismul, scăzîndu-i rezistența și favorizînd apariția și / sau întîrzierea unor boli mai ales cardiovasculare, respiratorii și neuropsihice. Pentru acest considerent cit și pentru cel de ordin general estetic s-a apelat la așa-zisa zonă verde.

Constituită dintr-un sistem unitar, ea cuprinde totalitatea spațiilor verzi dintr-o localitate, atît cele din interiorul cit și dimprejurul ei (înscrisindu-se aici pădurile, parcurile, grădinile, plantațiile de protecție, scuarurile, aleile etc.). Ea acționează ca un adevărat plămîn în sensul absorbției gazelor, particulelor de praf și altor elemente poluante specifice urbanismului.

Se știe astfel că umiditatea crește datorită evaporării apei de pe frunze, estimîndu-se că un hectar de zonă verde evaporă în medie într-un an circa 1—3,5 milioane litri de apă, ceea ce reprezintă 20—70 la sută din totalul precipitațiilor care cad pe suprafața respectivă. Totodată, spațiile verzi mai au capacitatea de a reduce viteza vîntului, în funcție de înălțimea, lățimea și desimea plantației, astfel încît unele teritorii mici (al unei școli, spital sau chiar al unei localități) pot fi complet protejate de vîntul puternic. De asemenea, plantațiile de arbori și verdeață constituie unul dintre cele mai eficiente mijloace de combatere a radiației calorice emise de construcții și pavaje. Eficacitatea lor însă depinde atît de suprafață cit și de modul rațional de amplasare. Astfel, o fișie de verdeață lată de 5 m așezată între trotuar și stradă poate reduce iradierea calorică de 2,5 ori, iar pe o alee dintr-un parc radiația calorică este cu 21 la sută mai mică la umbră și cu peste 70 la sută la soare, în comparație cu o stradă fără plantații. Așa se explică senzația de răcoare pe care o au cei care, venind de pe străzile încălzite, intră în parcuri, chiar și în cazul în care între cele două locuri nu sînt diferențe mari de temperatură ale aerului.

Zona verde are un important rol în împiedicarea proceselor de poluare și conta-

minare a aerului. Scăderea vitezei de deplasare a curenților de aer și creșterea umidității favorizează depunerea aerosuspensiilor și reducerea concentrației gazelor toxice. Concomitent se produce o reținere a suspensiilor și o interacție a gazelor datorate umidității, prezenței substanțelor organice lipicioase, viscoase sau cerate de pe frunze (un hectar de pădure reține 68 tone de pulberi sedimentabile, reduce de 50—300 de ori cantitățile de impurități din atmosferă și de 100 de ori numărul de bacterii).

În fine, cercetările au mai arătat, și practica a confirmat acest lucru, că plantațiile reprezintă un mijloc eficient de protecție și împotriva zgomotului (copacii cu coroane dese și mai joase absorb cel mai bine zgomotul). Plantațiile cu rol eficient împotriva poluării fonice sînt însă cele constituite din arbori și arbuști, care pot reduce cu 22—27 la sută zgomotul incident.

Trebuie arătat însă că viețuitoarele nu constituie singurul consumator de oxigen. Toate procesele salubre de autopurificare și combustie sînt mari consumatoare de oxigen. În marile aglomerări urbane sau zone industrializate cantitatea de oxigen folosită de către aceste procese întrece uneori producerea de oxigen prin fotosinteză. S-a estimat că în unele orașe din țările intens industrializate, oxigenul produs prin fotosinteză de către spațiile verzi nu reprezintă decît 60 la sută din cel necesar, numai aportul de oxigen din atmosfera zonelor învecinate putînd echilibra situația. Dincolo de cele arătate, spațiile verzi joacă un important rol psihoigienic prin însușirile lor arhitecturale, decorative, prin ambianța complexă, prin influența asupra analizorilor vizuali, auditivi, tactili, olfactivi, toți acești

stimuli acționînd asupra sistemului nervos central.

Sînt menționate reducerea metabolismului, ameliorarea eforturilor aparatului de termoreglare, îmbunătățirea funcțiilor respiratorii și circulatorii, care se traduc prin normalizarea pulsului (reducerea în medie cu 4—8 bătăi pe minut), a tensiunii arteriale, scăderea temperaturii cutanate (cu 1—2 grade), a frecvenței respiratorii etc.

Pe baza unei anchete medico-sociale efectuate pe un număr mare de persoane active, s-a constatat la cei care frecventează în mod obișnuit spațiile verzi urbane o stare de sănătate și un randament în muncă mai bune. Aprecierea s-a bazat pe următoarele realități: reducerea cu 33 la sută a numărului de îmbolnăviri și cu 17 la sută a gravității bolilor, creșterea cu 33 la sută a calificativelor de apreciere foarte bine și scăderea cu 50 la sută a absențelor și întârzierilor de la program.

Studii mai recente efectuate pe baza concentrației bioxidului de carbon din aer au dus la concluzia că 50 la sută din suprafața localității să fie reprezentată de zona verde. Unii autori au recomandat chiar ca fiecare locuitor să dispună de 50 mp de astfel de zone (normele sanitare prevăd ca valoare optimă 40 mp/locuitor, din care 10 mp în interiorul localității și 30 mp în afara ei).

De aceste necesități se ține seama în fiecare localitate cu ocazia stabilirii planurilor de sistematizare, dar valorile la care s-a ajuns sînt încă diferite.

Iată de ce trebuie să sprijinim toate acțiunile care se inițiază pe linia măririi spațiilor verzi și plantării de arbuști și flori, domeniu în care un aport important îl are și activul obștesc al Crucii Roșii împreună cu toți factorii cointeresați.

Dr. Petre MINCU

— Ideea acestui interviu pe care vi l-am solicitat, tov. prof. ing. dr. Stelian MUNTEANU, membru corespondent al Academiei R.S. România, mi-a venit citind diverse știri privitoare la despăduriri masive în diverse părți ale globului terestru. Acest aspect se pare că este departe de a fi minor, și în legătură cu el v-aș ruga să ne spuneți părerea dv.

— Fără îndoială că oricînd se vorbește despre pădure oamenii se duc, în general, cu gîndul, vrînd nevrînd, în primul rînd, la noțiunea de lemn. La acest excepțional produs al marelui laborator natural care îl constituie pădurea. Produs atît de necesar pentru activitatea economică a societății omenești din toate timpurile.



Dar, în afară de producția de masă lemnoasă, pădurea îndeplinește și numeroase alte funcții, deosebit de importante pentru societatea omenească, cum sînt cele de protecție a apelor, de protecție a solurilor contra eroziunii, de protecție contra factorilor climatici și industriali dăunători, de recreare etc. Toate aceste funcții, deși nu pot fi evaluate în bani, sînt însă la fel de importante ca și funcția de producție de masă lemnoasă, iar în numeroase situații ele depășesc cu mult în importanță pe aceasta din urmă, fiind de-a dreptul vitale pentru societate.

— La cele de mai sus să adăugăm și contribuția covârșitoare pe care o au pădurile în marea problemă a alimentației populației.

— Desigur. Dacă mă întrebați ce înseamnă în acest sens pădurea, v-aș răspunde în mod sintetic: nu numai lemn, ci și mai multă apă limpede, în special în bazinele hidrografice montane și de coline înalte, apă atât de necesară dezvoltării societății sub raport economic cit și sanitar; mai multă electricitate, pentru că e de neconceput o amenajare hidroelectrică fără apă limpede și în cantitate

— Întrebarea ar trebui să se adreseze tuturor oamenilor pentru că toți ar trebui să știe că, atunci cînd moare o pădure, moare ceva esențial din mediul nostru de viață. Cu cît pădurile vor fi mai intens supuse defrișării, cu atît propriul nostru mediu de viață va fi mai alterat, mai degradat.

— Ce suprafață de pădure se exploatează azi în mod nerățional pe întregul glob?

— Astăzi, oamenii de știință, în deplin acord cu numeroși oameni politici, scot în evidență din ce în ce mai mult necesitatea imperioasă — de fapt vitală pentru omenire — a refacerii și conservării propriului ei mediu de viață,

CÎND MOARE O PĂDURE...

suficientă; sol protejat, adică mai puțin degradat de către scurgerile de apă de pe versanții bazinelor hidrografice; mai mult oxigen; o cantitate sporită de ozon; un filtru deosebit de eficace împotriva poluării aerului cu pulberi sau substanțe chimice; o mai eficientă epurare microbiană a aerului; o reducere a poluării fonice; o ambianță de recreare rar oferită de alți factori geografici; în concluzie, o componentă de importanță vitală a echilibrului ecologic pe plan mondial.

— Și ce se întîmplă cînd moare o pădure?

mediu pentru al cărui echilibru ecologic pădurile joacă, așa cum am mai subliniat, un rol fundamental nu numai la scară regională, ci și la scară mondială. Asistăm totuși stupefiați la distrugerea pădurilor, la un adevărat masacru al acestora pe suprafețe considerabile. Pentru a vorbi în cifre să facem apel la cîteva relatări din presa mondială, preluate dealtfel și de presa din țara noastră, referitoare la exploatarea irațională a pădurilor tropicale din Africa, Asia, America Latină, exploatare care este pe cale de a provoca, după opinia tuturor specialiștilor, o adevărată criză ecologică pe plan mondial. Deosebit de alarmante sînt concluziile unui studiu al Băncii Mondiale conform căreia se apreciază că în următorii 60 de ani întregul fond forestier din țările în curs de dezvoltare

tare va fi epuizat dacă se va menține ritmul actual de distrugere a pădurilor. Recente studii și cercetări întreprinse de instituții de specialitate din diverse țări, precum și unele concluzii ale investigațiilor Organizației Națiunilor Unite pentru Alimentație și Agricultură (F.A.O.) aduc noi mărturii despre alarmantul fenomen al dispariției pădurilor atît la tropice cît și în regiunile subtropicale.

— Ca președinte al Grupului de lucru al F.A.O. pentru amenajarea bazinelor hidrografice montane, ce elemente concrete ne-ați putea oferi în sprijinul acestei afirmații?

— În Africa suprafața acoperită cu păduri s-a redus la jumătate; numai între 1930 și 1975 a dispărut o treime din pădurile tropicale ale Africii; în regiunile de litoral, cît și în ținuturile cu o mare densitate a populației, pierderile de suprafață păduroasă ajung pînă la 50—80 la sută.

— Considerați că marea secetă din Sahel ar avea o legătură cu distrugerea pădurilor?

— În Etiopia, Somalia și în zona Sahel, seceta domnește din nou cu efecte catastrofice. În mare măsură tocmai distrugerea pădurilor pe suprafețe considerabile constituie unul dintre factorii care au condus la declanșarea ei, datorită perturbării echilibrului ecologic. Și în sudul și sud-estul Asiei sînt defrișate pădurile într-un ritm îngrozitor — în special pentru extinderea culturilor agricole —, de o lină a 150 000 kmp/an. Defrișări masive se fac, de asemenea, în Thailanda, Filipine, Pakistan etc. În America Centrală și de Sud în fiecare an se defrișează aproximativ 100 000 kmp, îndeosebi pădurile din bazinul Amazonului.

— Cu ce efecte ecologice?

— Este de la sine înțeles că dereglările produse în ecosistemul forestier (ținînd seama de faptul că suprafața păduroasă a globului este de

numai circa 3 000 000 000 ha) au influențe negative asupra întregului mediu al societății omenești. Să ne gîndim doar la faptul că 1 kmp de pădure produce zilnic nouă tone de oxigen, deci aproximativ de zece ori mai mult decît aceeași suprafață ocupată de diferite culturi agricole. Într-o singură zi însoțită de vară un hectar de pădure degajă aproximativ 290 kg de oxigen și absoarbe din atmosferă cam 250 kg bioxid de carbon. Pădurea influențează temperatura aerului, radiația, umiditatea, curenții de aer; de asemenea, puritatea aerului prin eliminarea totală sau parțială a factorilor poluanți — substanțe chimice, bacterii și pulberi. Factorul sanogen se reduce în proporție directă cu suprafața distrusă. Dereglările hidrologice ale cursurilor de apă urmează aceeași dinamică.

— Oncologii din diferite țări afirmă că la fiecare reducere cu 1 la sută a ozonului din straturile superioare atmosferei crește cu 4 la sută incidența cancerului de piele și că ozonul produs de masivele păduroase este singurul care compensează pierderile de ozon din centura atmosferică. Pe dv. vă întrebăm care a fost în linii mari evoluția suprafeței păduroase în țara noastră?

— Înainte de Tratatul de la Adrianopole din 1829, mai mult de jumătate din actualul teritoriu al țării era acoperit cu păduri. Lărgirea legăturilor comerciale și intensificarea agriculturii, în special prin despăduriri, au făcut ca prin 1864—1870 să se constate că procentul suprafeței păduroase a scăzut la 27 la sută. Situația se menținea și înainte de cel de-al doilea război mondial. Măsurile de protecție s-au luat însă abia în anii noștri.

— Care sînt dușmanii pădurii?

— Iresponsabilitatea, neglijența, neștiința.

— Noi, românii, privim pădurea nu numai ca mediu sanogen sau ca spațiu recrea-

tiv, ci și ca element natural, ca o componentă a unui echilibru ambiental, formativ, regăsit în fiecare om. Va rămîne așa pentru generațiile viitoare? Dacă nu, atunci ce trebuie să facă pentru aceasta generațiile de azi?

— Oamenii care își iubesc țara își apără pămîntul și pădurea. Se subînțelege: „gîndesc prospectiv și acționează unitar“. Avem o legislație bine pusă la punct, avem acum o politică rațională de împăduriri; statul pune la dispoziție fonduri însemnate pentru protecția pădurii și regenerarea ei. La transpunerea lor în viață esențială este contribuția noastră, a tuturor. O contribuție care înseamnă un plus la întărirea sănătății generațiilor actuale și a celor ce ne vor urma.

Cristian IONESCU

Fișier

● În anul 2000 aproximativ 16 la sută din ozonul straturilor superioare ale atmosferei va fi distrus dacă nu se vor lua măsuri de protecție, în primul rînd prin limitarea industriei sprayurilor și conservarea fondului forestier ● Unele specii de arbori purifică mai bine aerul decît altele. Așa, de pildă, teiul degajă de 2,5 ori mai mult oxigen decît bradul, plopul de aproape 7 ori mai mult, iar liliacul de 8 ori mai mult decît salcîmul... ● Prin plămîinii unui om trec în timp de 70 de ani 355 875 000 litri de aer; exact cantitatea consumată de un automobil care a parcurs 1 000 km ● Prin oxidarea substanțelor organice din litieră și mai ales a terebentinei din rășină 1 kmp de pădure eliberează zilnic de circa 10 ori mai mult oxigen decît aceeași suprafață de culturi agricole ● Specialiștii americani afirmă că purificarea apelor reziduale prin ozonizare este un procedeu „de perspectivă“. Se pare că laboratoarele ne vor oferi în viitor mari surprize...

CE NE OFERĂ NATURA

Razele soarelui au fost printre primii agenți terapeuticți folosiți de om, efectul lor cel mai evident fiind cicatrizarea rănilor. În antichitate helioterapia a fost folosită mai larg în combaterea stărilor de oboseală, în convalescențe și ameliorarea unor tulburări de creștere la copii. În secolul al XVIII-lea, numeroși medici, între care englezul Richard Russel și elvețienii O. Bernhard și H. Rollier, au folosit helioterapia la mare și munte în tratamentul rahitismului la copii și al tuberculozei, confirmând științific eficiența sa.

Țărmurile mărilor și oceanelor au atras întotdeauna pe oameni. Cu timpul, ei au observat că unele țărmuri sînt primitive, iar întreaga ambianță și îndeosebi razele soarelui le ameliorează, le previne și le vindecă bolile. Observațiile individuale, cercetate atent de medicina modernă, au condus la descoperirea talazoterapiei, adică a acțiunii comune a apei de mare, soarelui, brizei, aerosolilor, ungerilor cu nămol și împachetărilor cu nisip cald.

Efectele terapeutice ale nămolurilor peloide (de la grecescul pelos = mil), cunoscute și folosite din antichitate de egipteni, greci și romani, studiate de medicina contemporană au permis extinderea terapiei cu acest factor natural.

Climatoterapia și-a exercitat efectele asupra sănătății omului avînd un rol important în însănătoșirea și prevenirea îmbolnăvirilor. Medicina modernă i-a reevaluat valențele, iar astăzi atenția acordată climatoterapiei este con-



cordantă cu formarea unei opinii favorabile întoarcerii la natură.

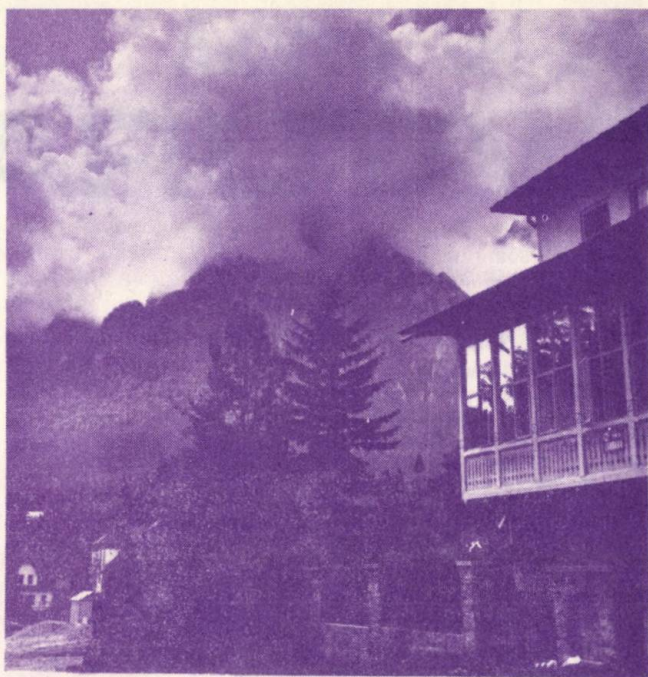
Un loc important în terapeutică modernă ocupă și mofetele, factor natural cu reală eficiență în tratarea bolilor cardiovasculare, principale cauze de morbiditate și mortalitate în epoca noastră.

Am lăsat intenționat pe ultim plan apele minerale, valoroși factori curativi, care cunosc poate cea mai extinsă utilizare pe toate meridianele, iar în țara noastră, prin multitudinea surselor, valoroasa lor compoziție chimică, amplificată și prin faptul că multe dintre acestea sînt cu ape termale, constituie una dintre cele mai importante bogății naturale.

Pentru a-i informa pe cititorii almanahului asupra caracteristicilor acestor factori naturali, a indicațiilor și contraindicațiilor, redacția a apelat la specialiștii Institutului de medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare medicală — **conf. dr. Laurian SDIC, dr. Camelia DĂSCĂLESCU, dr. Mariana FLORIAN și dr. Constantin STOICESCU.**

CLIMATOTERAPIA

Efectele superioare ale climatoterapiei se datoresc faptului că factorii climatici acționează asupra întregului organism și îndeosebi asupra sistemelor și funcțiilor prin care el se adaptează în mod continuu la modificările mediului ambiant. Această terapie naturală constituie mijlocul adecvat și de neînlocuit pentru reintegrarea omului în mediul său ambiant. Dar pentru a se ajunge la aceste rezultate, mediul climatic trebuie să dețină calitățile terapeutice necesare și să fie folosite în mod adecvat. Nu înseamnă că realizăm



odihna în aer liber într-o stațiune climaterică dacă continuăm să fumăm sau să rămînem în casă...

Aerul pur al înălțimilor este un factor terapeutic de neînlocuit în afecțiunile aparatului respirator. De aceea și astăzi se preferă cura de munte în astm bronșic și alte afecțiuni respiratorii cronice obstructive.

Climatoterapia nu trebuie considerată totuși o simplă reîntoarcere la natură prin expunerea la aer și soare atît cît are rezistență sau voință un om. Nu se vor obține rezultatele terapeutice dorite dacă vom încerca „să luăm tot soarele într-o săptămînă”. Oricît de blîndă pare a fi climatoterapia în comparație cu terapia medicamentoasă, ea trebuie aplicată respectîndu-se indicațiile și contraindicațiile de cură.

Climatoterapia de munte se aplică la altitudini de 1 000—2 000 m, în toate sezoanele, pentru că radiația solară este mereu abundentă și eficientă biologic. Iarna este mai solicitantă — adevărată cură

de călire —, iar vara mai blîndă pentru receptivitatea termică a unui organism. Factorul climatic caracteristic, cel mai important și activ pentru orice loc geografic situat între aceste altitudini, este presiunea atmosferică scăzută proporțional cu altitudinea. În mod indirect scade concomitent și presiunea parțială a oxigenului din aer, organismul trebuind să facă efortul de a suplini cantitatea de oxigen din aer de care are nevoie. De aceea, climatoterapia de munte se recomandă și se aplică cu prudență celor cu afecțiuni cronice respiratorii și cardiovasculare, dar este foarte indicată pentru hipertroidii, astm bronșic, unele nevroze, rahitism, tuberculoză pulmonară sau extrapulmonară, dar numai după indicațiile medicului.

Climatoterapia de deal (altitudine între 200 și 1 000 m) se poate aplica în tot cursul anului în toate afecțiunile indicate pentru cura balneară. Are un important rol preventiv și de creștere

a capacității intelectuale sau de efort la cei surmenați.

Climatoterapia de stepă din țara noastră este solicitantă. Se practică numai din mai pînă în octombrie, pe malul lacurilor sărate din Bărăgan. Ea se completează cu onctiuni de nămol rece (uscat la soare) și băi în lacurile sărate de la Amara, Lacul Sărat, Movila Miresei, Balta Albă. Datorită abundenței radiației solare, a aerului cald și mai puțin umed, se explică de ce o expunere prelungită la soare poate avea în mod rapid efecte biologice nedorite (șocul de căldură, insolația, arsura solară), mai periculoase la cei peste 50 de ani și la cardiovasculari.

HELIOTERAPIA

Cercetările efectuate în ultimele decenii au concluzionat că radiația solară luminoasă are un efect stimulant asupra activității glandelor cu secreție endocrină, pătrunzînd în organism prin intermediul receptorilor nervoși din retină. Astăzi sînt cunoscute și efectele biologice ale radiației solare ultraviolete, diferite după lungimea de undă. De exemplu, radiația solară ultravioletă (cu lungime de undă între 4 000 și 3 200 de angströmi) produce pigmentarea directă a pielii expuse la soare fără a se mai produce stadiul intermediar de eritem, în timp ce radiația solară ultravioletă (între 3 200 și 2 967 angströmi) determină inițial eritemul solar care apare după o perioadă latentă de 1-2 ore, cu atît mai rapid cu cît durata expunerii la soare este ușor prelungită sau spectrul solar cu limita inferioară mai coborîtă.

Radiația solară cu efect biologic antirahitogen, descoperită la începutul secolului de către fizicianul Dorno, este un fascicol îngust, situat în interiorul radiației solare

eritematogene, dar cu calitatea biologică de a transforma provitamina D în vitamina D existentă în straturile superficiale ale pielii. După unele cercetări reiese că este suficient ca expunerea la soare în condițiile existenței acestui fascicol de raze să fie între 20 și 40 de minute pentru o suprafață de piele de 20-30 cmp, pentru ca efectul antirahitogen să se producă; de asemenea, prin expuneri prelungite la soare se produce un efect nociv de scădere a cantității de vitamină D din organism. Radiația solară are efect maxim biologic pe suprafața pielii dezgolite, care se află perpendiculară pe razele solare incidente. Așa se explică de ce stînd pe plajă într-o anumite poziție mai mult timp apare o arsură solară numai pe o anumite porțiune de piele. De aceea, pigmentarea pielii nu este și un test direct proporțional cu efectul biologic favorabil, ci rezultatul unor complexe reacții neuroendocrine determinate de razele solare absorbite în piele, de fapt un ecran de apărare numai împotriva razelor ultraviolete. Dar pielea pigmentată brun (mindria celor care și-au făcut concediul la munte sau la mare) nu are nici un efect terapeutic, ci arată că în afară de faptul că persoana a stat foarte mult la soare ea are riscul ca efectul antirahitogen să fie diminuat. Faptul că în cursul expunerilor repetate la soare se produce creșterea secreției digestive explică de ce bolnavii de ulcer gastro-duodenal — în evoluție sau insuficient stabilizat — pot să-și reacutizeze boala în urma helioterapiei. Deși expunerile corecte la soare contribuie la scăderea valorilor tensiunii arteriale, hipertensiunii nu vor face helioterapie fără recomandarea medicului.

Din cercetările recente reiese că după 15—17 expuneri repetate la soare, chiar cu durată pînă la 60 de mi-

nute zilnic, crește titrul seric al anticorpilor, fapt ce explică succesul curei de soare la convalescenți după boli infecțioase și la alergici.

Pentru a nu avea surprize nedorite, băile de soare trebuie efectuate progresiv. De exemplu, în condițiile climato-geografice ale țării noastre, vara, la ora 10 dimineața, pe o vreme însorită, intensitatea radiației solare la malul mării sau al lacurilor din stepă fiind de aproximativ o calorie pe cmp pe minut, se recomandă ca durata băilor de soare să crească progresiv la 40 de minute în prima săptămînă de cură; după ce pielea a început să se închidă la culoare va crește la 90—120 de minute zilnic, condiția unei băi de soare corecte fiind ca pielea să nu se descuameze. Chiar în zilele mult presupțuite de nebulozitate se poate beneficia de razele soarelui, existînd suficientă radiație solară ultravioletă difuză și reflectată în aer.

Helioterapia fiind interzisă foștilor suferinzi de boli inflamatorii și celor cu valori mari ale VSH-ului și leucogramiei, nu vor face plajă fără avizul medicului.

TALAZOTERAPIA

Mult timp helioterapia și băile în mare au reprezentat principalele proceduri terapeutice ale talazoterapiei, la care mai tirziu s-au adăugat crenoterapia cu apă de mare, algoterapia (băi în care se introduc și alge) și impachetările cu nisip pe plajă. Astăzi talazoterapia este considerată un tratament complex pentru că folosește efectele biologice pozitive asupra organismului uman și proprietățile fizico-chimice ale principalelor grupe de factori de mediu caracteristici litoralelor marine: apa mării la mal (starea ei de agitație, temperatura, salinitatea, tă-

ria și frecvența valurilor), aerul, caracteristicile vremii, relieful, natura solului, felul și bogăția vegetației.

În raport de caracteristicile mediului ambiant climatogeografic, talazoterapia cuprinde mai multe grupe de excitanți stimulenți asupra organismului expus la aer, soare și apă, având efecte diferite în raport de loc, microclimat, anotimp și evoluția vremii. În funcție de toate aceste variabile, în continuă modificare în timp și spațiu, omul poate folosi în scop terapeutic o gamă foarte largă de excitanți heliomarini și de altă natură caracteristici litoralelor.

Litoralul românesc al Mării Negre are condiții termice și de însorire blinde tot anul. În sezonul rece ele sînt mai puțin solicitante pentru organisme cu o capacitate scăzută de adaptare la amplitudinile vremii, fapt ce-l indică vîrstnicilor, celor cu afecțiuni cardiovasculare și respiratorii cronice, cu afecțiuni endocrine prin hiperfuncție, contraindicate vara, cînd abundența radiației solare este nocivă. În schimb, vara caracteristicile climei locale și chiar ale vremii prezintă particularități stimulativ importante pentru organismele cu capacitate aproape normală de răspuns la acțiunea lor. De aceea cura heliomarină pe litoralul nostru se aplică din luna mai pînă în octombrie cu rezultate foarte bune în numeroase îmbolnăviri în care este urmărită ameliorarea unor funcții și sisteme deficitare prin hipofuncție — cazul copiilor cu rahitism, tulburări de dezvoltare staturo-ponderală și diferite distrofii. Dar acești copii vor fi trimiși pe litoral numai la indicația medicului, deoarece efectele radiației solare pot vira foarte ușor spre suprasolicitare, agravînd boala. La adulți, talazoterapia are foarte bune rezultate în afecțiuni reumatice cronice bine stabilizate, în afecțiuni neuro-

logice, ginecologice, endocrine prin hipofuncție, în care se urmărește îndeosebi obținerea efectului stimulent al radiației solare. Efectele biologice ale ambianței climatice sînt caracteristice sezonului, radiația solară avînd efectele biologice urmărite chiar în condițiile în care nebulozitatea este mai crescută dat fiind existența în aer a unei cantități suficiente de radiație solară difuză și reflectată. De aceea, în orice condiții de litoral cura heliomarină este considerată ca una dintre cele mai solicitante terapii cu factori naturali.

Oncțiunile cu nămol rece și uscarea la soare, urmate de baie într-un lac cu apă sărată sau în mare, s-au dovedit că amplifică proprietățile curei heliomarine simple și moderează efectele generale solicitante ale băilor de soare.

Talazoterapia este contraindicată celor cu tuberculoză pulmonară evolutivă sau insuficient stabilizată, cu nevroze cu stare de excitabilitate, hipertiroidie și tulburări neuroendocrine de menopauză, afecțiuni reumatismale și ginecologice, ale altor organe și sisteme cu substrat inflamator insuficient stabilizat.

NĂMOLOTERAPIA

Deosebit de bogată în zăcămintă de nămol terapeutic — de la nămolurile produse de eroziunea minerealelor și pînă la nămolurile organice, sapropelice fine și unsuroase la pipăit, existente în lacurile și limanurile din Cîmpia Română, precum și în lacurile continentale — România a fost de mult timp apreciată pentru nămolul lacului Techirghiol. Acest nămol sapropelic mineralizat este produsul unei acțiuni biologice a bacteriilor de putrefacție

și sulfuroase, care în prezența carbonaților, sulfatilor și clorurilor (de calciu, fier, magneziu și sodiu), precum și din praful fin de argilă și marnă, produc un nămol foarte fin și plastic, cu un conținut considerabil de substanțe organice și cu caracter mineral predominant clorosodic și sulfatat magnezian.

Pînă la ora actuală majoritatea cercetărilor sînt de acord în a vedea în nămoloterapie o acțiune care se datorează proprietăților fizice ale nămolului și ale substanțelor chimice pe care le conține. Dintre proprietățile fizice care trebuie luate în considerare interesează: greutatea specifică (cu cît este mai mică cu atît nămolul este mai valoros, acesta avînd o capacitate mai mare de reținere a apei), gradul de dispersiune (cu cît este mai mare cu atît se realizează un amestec mai bun al nămolului cu apa), plasticitatea (care îl face să fie cît mai fin și mai unsuros) și termopexia (calitate de a reține căldura și de a o da treptat organismului în timpul tratamentului).

În ce privește substanțele chimice din compoziția nămolului, unele sînt organice, altele anorganice (carbonați, sulfati, fosfați, compuși ai fierului, sulf liber, sau combinații ale acestuia).

În ansamblu, prin proprietățile fizice și chimice pe care le are, nămolul face parte din arsenalul procedurilor de excitoterapie nespecifică, prin care se modifică favorabil reactivitatea, răspunsul organismului avînd drept urmare o echilibrare în funcția diverselor sisteme și organe. Aplicațiile cu nămol, după o prealabilă pregătire, se efectuează sub formă de băi, cataplasme, impachetări, oncțiuni, filtrate de nămol, obținute prin sisteme de presiune care pot fi folosite sub formă de injecții sau unguente.



Indicațiile nămoloterapiei au o sferă largă, fiind folosită în scop preventiv, curativ sau de recuperare. În primul caz se aplică în special în complexul terapeutic al litoralului, la subiecți fără acuze algice sau cu acuze minore, mai ales la nivelul aparatului locomotor, cu trume repetate în procesul muncii, cu predispoziție genetică sau celor ce lucrează în medii cu noxe. La malul limanurilor se aplică nămolul, mai ales sub formă de ungeri în strat subțire, după expuneri la soare, care se continuă și după ungeri. Contrastul termic, în vederea creșterii rezistenței organismului, este obținut și prin baia de ghiol ce urmează ungerii, ca și prin noua expunere la soare cu care se încheie procedura.

Din gama largă de afecțiuni care beneficiază de nămoloterapie menționăm în special afecțiunile aparatului locomotor, atât cele medicale (reumatismale și ginecologice) cit și cele chirurgicale (în special diversele sechele posttraumatice). Prin termoterapia pe care o oferă ungerile cu nămol, ele ocupă un loc important și în recuperarea diverselor afecțiuni, în special ale aparatului locomotor.

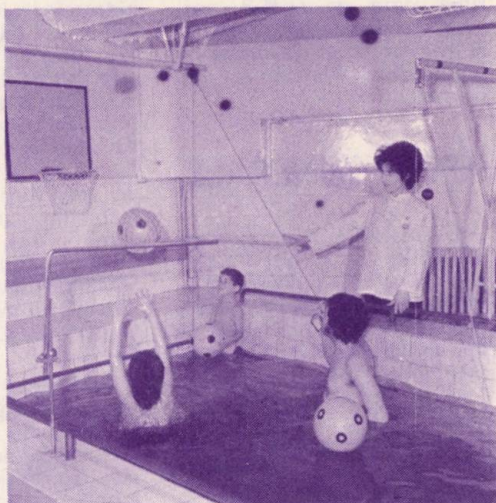
Contraindicațiile nămoloterapiei sint **generale** — neoplaziile, afecțiunile febrile evolutive și **speciale** — hepatita cu insuficiență hepatică, insuficiența cardiacă, insuficiența renală, hipertensiunea arterială cu valori mari și atingeri cardiorenale.

Aplicarea nămolului se face cu prudență, în raport de reactivitatea organismului și stadiul bolii, precum și de anumiți parametri: temperatura, felul ungerii (locală sau generală), cantitatea de nămol utilizată, periodicitatea și numărul total de ungeri.

Efectele nămoloterapiei de cele mai multe ori se manifestă după 1-2 sau mai multe luni și se prelungesc în timp. De aceea, este mai puțin considerată ca o terapie de simptom și de manifestare actuală și mai mult ca o terapie de modificare a terenului și a reactivității generale a organismului.

MOFETELE

Principalul factor natural de tratament din stațiunile Covasna, Buziaș și Vatra Dornei îl constituie bioxidul de carbon sub formă



de băi carbogazoase (Buziaș, Vatra Dornei) și sub formă de mofete naturale, unele amenajate, utilizate de bioxid de carbon uscat la Covasna).

În zona județelor Covasna și Harghita (la Covasna și Tușnad) există o serie de mofete naturale, unele amenajate, utilizate intensiv și organizate în scop terapeutic sub strictă supraveghere medicală, altele mai puțin amenajate (la Balványos și băile Harghita), fiind în studiu sau în curs de modernizare.

Cercetările complexe, efectuate de colective de cercetare din institutul nostru, de colectivul de medici de la Spitalul de cardiologie din Covasna și de la Clinica de cardiologie a I.M.F. Tg. Mureș au demonstrat efectul vasodilatator al terapiei cu mofete asupra circulației cerebrale și circulației automate musculare din membrele superioare și inferioare, atestând indicația unei astfel de terapii la bolnavii cu ateroscleroză cerebrală, cardiopatie ischemică și sindrom de ischemie periferică.

Toate aceste rezultate privind efectele favorabile ale terapiei naturiste cu bioxid de carbon se înscriu pe

linia dată de O.M.S. privind recuperarea funcțională și socio-profesională a bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare.

APELE MINERALE

Deținătoare a numeroase surse de ape curative, țara noastră acordă o deosebită atenție valorificării lor, descoperirii altor noi izvoare de ape minerale, extinderii activității de cercetare științifică în acest domeniu. Astăzi se poate afirma că nu există stațiune balneară în care să nu se desfășoare lucrări de forare pentru descoperirea unor noi surse sau pentru creșterea debitului la cele existente. O contribuție importantă la cercetările de hidrogeologie, chimie și microbiologie, precum și la măsurile de protecție a perimetrelor izvoarelor cu ape minerale își aduc specialiștii institutului nostru.

Pentru a ne referi numai la activitatea din ultimii ani, menționăm că, după ce s-a asigurat prin foraje efectuate la Cozia-Vilcea apariția unei noi stațiuni pe harta balneară a țării, s-a introdus o nouă metodologie de tratament pe litoral, în urma forajelor din zona Mangalia, care au dat la iveală noi surse de ape sulfuroase mezo-termale.

Varietatea calitativă a compoziției chimice a izvoarelor cu ape minerale prezente într-o stațiune permite unui reumatic să facă cure

hidrominerale asociate procedurilor balneare respective, folosind timpul afectat atât pentru tratamentul maladiei de bază, cât și pentru tratarea altor suferințe asociate sau care întrețin maladia de bază. Acest mod de valorificare superioară a factorilor naturali din stațiuni a fost impulsionat în ultimul timp prin cercetarea farmacodinamică a unor ape minerale de cură internă la Amara, Govora, Buziaș.

Indicația folosirii apelor minerale, în general, și alegerea stațiunii de cură, în special, nu se fac de către bolnav. Recomandările aparțin numai medicului, în general pe baza diagnosticului anatomo-clinic, de evolutivitate a maladiei și, în special, pe baza reactivității bolnavului.

Această din urmă apreciere este mai ales necesară în balneologie deoarece efectul curativ se bazează pe felul cum organismul se adaptează și se antrenează la cura hidro-minerală. Numai o dirijare competentă și judicioasă duce la efecte curative sau evită reacțiile de cură nedorite.

Nu se pot bea ape minerale „după impresie” sau la „sfatul” unui prieten cu o simptomatologie similară, care a obținut ameliorări la cură, ci numai la indicația medicului. Apa minerală, având foarte largi indicații terapeutice, rămâne totuși un medicament plasat între alimentația rațională și medicamentele propriu-zise.

În ultimii ani colectivul de farmacodinamie din cadrul institutului nostru s-a preocupat de eventualele limite de indicație de apelor minerale, cu atât mai mult cu cât multe dintre acestea sînt folosite ca „apă de masă” de un număr mare de cetățeni, necontrolați din punct de vedere medical. Pentru a stabili dozele maxime admise, nedăunătoare bolnavului, s-a studiat acțiunea farmacodinamică a unor săruri minerale în diverse concentrații și pe durate mai lungi de folosire. Din intensitatea și mobilitatea reacției la cură se pot evalua, de asemenea, durata unei cure și pauzele dintre curele ce trebuie repetate.

Apele minerale de masă, apreciate mult de consumatori datorită gustului plăcut, sînt în general ape carbogazoase, bicarbonatate, sodice, calcice, magneziene, iar unele au un conținut clorurosodic. De aceea sînt cuprinse în cadrul mai larg al apelor terapeutice, dar contraindicațiile lor nu sînt pe măsura apelor medicinale. Cercetările complexe farmacodinamice din ultimii doi ani au precizat efectele, dar și unele „defecte” ale apelor de masă de la Borsec, Bodoc, Malnaș, Poiana Negri, Zizin, Lipova, Buziaș, Tușnad. Concluzia: o apă minerală chiar și de masă — ca de altfel un medicament — nu poate fi „bună” sau „rea” decît în măsura în care acțiunea ei este raportată la bolnav de către medic.





SE POATE PROGRAMA SEXUL COPILULUI?

Din punct de vedere al sexului, raportul normal al nașterilor este de 105 băieți la 100 de fete (și nu de 100 la 100 cum ne-am fi așteptat în mod teoretic). Geneticienii nu au putut oferi încă nici cea mai mică explicație acestui echilibru.

Totuși, la multe populații, s-a observat o răsturnare totală a acestei proporții, cu o predominanță foarte netă fie a băieților, fie a fetelor.

Acestei ciudățenii i s-ar putea da o explicație: părinții au fost în contact cu anumite virusuri în cursul unor epidemii. Astfel, la populațiile victime ale unei epidemii de rujeolă se observă un exces de băieți, pe când la populațiile atinse de hepatită epidemică un exces de fete. Studiind nașterile din Grecia și Papua — Noua Guinee, ale căror populații au fost victime ale hepatitei virale, prof. B. Blumberg (laureat al Premiului Nobel pentru medicină) și colaboratorii au constatat când o mare majoritate a băieților, când o mare majoritate a fetelor. Acest dezechilibru în repartitia sexelor poate apărea numai în cazul hepatitelor epidemice de tip B, situațiile fiind diferite: fie că sînt persoane care au în sine antigenul Australia, fără ca boala să se dezvolte, fie că sînt persoane care fac boala, organismul lor dezvoltînd o reacție imunitară și avînd în sine anticorpi anti-antigen Australia.

Studiile au fost aprofundate de prof. A. Langaney, pe baza cercetărilor făcute de către Joelle Lamblin la o populație de eschimoși de la care s-au prelevat flacoane cu ser pentru examene de laborator. La unele dintre flacoane s-a depistat antigenul Australia, în timp ce la altele s-a observat prezența anticorpilor specifici pentru acest antigen. Constatarea surprinzătoare a fost că serul cu antigen Australia corespundea perechilor din care proveniseră mai mulți băieți,

în timp ce serurile care conțineau anticorpi corespundeau părinților care aduseseră pe lume un exces de fete.

Se pare însă că nu numai hepatita epidemică de tip B poate crea asemenea situații, ci și rujeola — fapt constatat în 1973 de către prof. A. Langaney, în urma studiilor efectuate în cîteva sate din Senegal atinse de o epidemie de rujeolă (procentual se ajunseseră chiar la 22 de băieți pentru 3 fete).

În reproducerea sexuată, sexul unui individ este determinat de cromozomii sexuali denumiți X pentru sexul feminin și Y pentru sexul masculin. Aceștia se găsesc în nucleul elementelor reproducătoare — spermatozoizii și ovulele. Astfel, ovulul poartă întotdeauna un cromozom X, pe când spermatozoidul poate conține fie un cromozom X, fie un cromozom Y. Prin urmare, dacă un ovul este fecundat de un spermatozoid X, copilul ce se va naște va fi o fată (XX), în timp ce dacă ovulul este fecundat de un spermatozoid Y, se va naște un băiat (XY). Dar nu numai atît: pe membrana spermatozoizilor Y și, subliniem, numai la aceștia, găsim niște antigeni de suprafață denumiți HY și care se vor regăsi și la embrioni în cazul că spermatozoizii respectivi au fecundat un ovul.

Prof. B. Blumberg a emis ipoteza că structura proteică a antigenului Australia și a antigenului HY este asemănătoare, fapt care ar putea antrena reacții imunologice încrucișate între cele două proteine. Astfel, dacă antigenul Australia contaminează un bărbat, anticorpii ce vor lua naștere vor distruge în același timp și antigenul Australia și spermatozoizii Y. Ca urmare, vor rămîne apți pentru fecundare doar spermatozoizii X — cei care vor forma un embrion ce va evolua spre o fetiță. Dacă antigenul Australia contaminează o femeie, anticorpii rezultați vor acționa contra embrionului deja format prin fecundarea ovulului de către un spermatozoid Y, distrugîndu-l. Embrionul femelei nu va fi atacat, deci se va naște tot o fetiță. Ipoteza prof. Blumberg merge mai departe, arătînd că purtătorii sănătoși de antigen Australia (cei care au în sine antigen, dar n-au făcut boala) vor aduce pe lume mai mulți băieți, deoarece există o toleranță crescută a sistemului imunologic la antigenul HY, spermatozoizii Y fiind astfel favorizați.

Mecanismul imunologic pus în joc în cazul rujeolei este încă neexplicat, procesele imunologice care intervin în această boală fiind diferite de cele din hepatita epidemică.

Precizarea mecanismelor imunologice care intervin în această așa-zisă determinare a sexelor ar putea orienta în viitor alegerea sexului unui produs de concepție — pentru început la animale, alegerea sexului făcîndu-se în mod natural.

Dr. Corneliu TODESCU

Natura se dovedește darnică prin tot ce ne oferă, nu numai pentru păstrarea și menținerea sănătății, dar și pentru frumusețe. Ea este aceea care, pe lângă unele neajunsuri, ne pune la dispoziție în diferitele anotimpuri și mijloacele necesare pentru a ne apăra de ele. Desigur, autoeducarea, îngrijirea de zi cu zi pentru călirea organismului și protejarea corpului față de anumite vicisitudini sezoniere ne pot cruța multe neplăceri. Dar natura însăși ne ajută în acest scop, oferindu-ne și mijloacele caracteristice fiecărui anotimp. Desigur nu trebuie să ne rezumăm doar în a releva acele aspecte ale naturii care ne încintă ochiul, dar nici să ne exprimăm numai nemulțumirea pentru faptul că am făcut o insolatie, ne-au degerat picioarele sau ni s-au accentuat unele deficiențe inestetice ale pielii; poate nu le-am îngrijit în mod curent sau am încălcat indicațiile preventive, raționale de folosire a unor daruri ale naturii.

Posibilitățile oferite de natură sint practic nelimitate, începînd cu călirea organismului, care în esență reprezintă folosirea rațională a aerului, apei, soarelui, ceea ce favorizează adaptarea ușoară și rapidă la frig, căldură și umezeală, fără a prezenta tulburări în funcțiile sale fiziologice.

Călirea se cere efectuată sistematic, în funcție de condițiile atmosferice și folosind toate mijloacele naturale posibile — de la mersul pe jos, băile de aer, apă și soare, exercițiile de gimnastică și diferite forme de sport, pînă la cele de performanță. Exercițiile fizice influențează pozitiv organismul, acesta adaptîndu-se mai bine muncilor fizice mai grele sau mai complexe, contribuind la dezvoltarea armonioasă a musculaturii, influențînd favorabil toate organele. Dacă în copilărie și adolescență ele ajută corpul să se dezvolte proporțional, la adulți și la cei în vîrstă permite menținerea îndelungată a unei bune forme fizice, precum și a frumuseții.

Aparatele circulator, respirator și excretor lucrează mai bine ca urmare a exercițiilor fizice. Circulația sanguină se îmbunătățește, aflusul de sînge în mușchi e mai mare, viteza sa de circulație în capilare crește. Sîngele se saturează mai bine cu oxigen, respirația devine mai profundă și astfel frigul iernii va fi suportat mai ușor de către cei predispuși la degerături sau cu-peroză. Aparatul locomotor, oasele, tegumentele și tendoanele devin mai solide. Pot fi rezolvate, de asemenea, unele deficiențe incipiente de postură, deformații laterale ale coloanei vertebrale; putem restabili bolta piciorului în cazul piciorului plat etc. Se cere doar un mic efort de zi cu zi și autoeducare în acest scop. Pentru a fi mai convingători, amintim că sedentarismul îmbătrînește omul înainte de vreme.



ANOTIMP

În timpul iernii — anotimpul cel mai incriminat — ne putem totuși păstra condiția fizică și frumusețea. Mișcarea sub toate formele ei contribuie la aceasta, ținînd seama că iarna mai ales există tendința accentuată spre sedentarism și introducerea în organism a cit mai multor calorii pentru a ne apăra de frig, iar după unii chiar a unor cantități sporite de băuturi alcoolice.

Gerul nu devine inamic al frumuseții decît atunci cînd nu știm să ne protejăm. Urmările acestei neglijențe se manifestă mai tirziu, prin apariția de riduri, urmarea uscăciunii excesive a pielii. Protejarea tenului trebuie efectuată cu regularitate, indiferent de natura acestuia, crema de protecție în acest anotimp este o necesitate. Și aerul uscat din apartamente provoacă uscăciunea pielii, deshidratarea ei, ceea ce impune luarea unor măsuri care să ducă la asigurarea umidității aerului, realizată și prin aerisirea cit mai des a spațiilor locuite.

Iarna, aflusul de sînge și activitatea glandelor sebacee sint mai reduse, pielea e hrănită defectuos, se usucă și se deshidratează în special la persoanele cu tenul uscat. În aceste condiții aplicarea măștilor vitaminizate — hidratante este o necesitate. Fața va trebui să fie protejată cu creme antisolare, deoarece albul imaculat al stratului de zăpadă care ne încintă ochii are și efecte dăunătoare prin reflectarea razelor solare, putînd pro-



ȘI COMPORTAMENT

voca chiar arsuri. Să folosim însă zăpada, care, topită și strecurată, este recomandată oricărui fel de ten, iar pentru ten gras trecerea unui bulgăre de zăpadă pe față îl ajută la închiderea porilor dilatați.

Organismul poate fi hrănit rațional și iarna. Deși nu dispunem de o mare varietate de legume și fructe, totuși găsim legumele de sezon, unele fructe (mere, pere) și citricele atât de bogate în vitamine și atât de necesare menținerii sănătății, frumuseții și tinereții tenului.

Frigul nu trebuie să constituie un impediment pentru plimbările zilnice, care favorizează circulația sângelui și ne permite să suportăm mai ușor temperatura scăzută.

Sporturile de iarnă creează relaxarea sistemului nervos. Patinajul — sport de iarnă foarte răspândit — e un mijloc bun pentru antrenamentul organelor de simț (și pentru echilibru), întărește mușchii picioarelor, ai spatelui, dar și plămânii și inima.

Frumusețile peisajului de iarnă au o acțiune favorabilă asupra sistemului nervos. Dacă vom adăuga o oră de somn în plus noaptea — în cameră aerisită și la o temperatură moderată —, vom mări rezistența organismului în sezonul rece.

La toate acestea, încălțăminteă comodă, lejeră și călduroasă, protecția corpului, în special a părților mai direct expuse, ne vor

determina să vedem mai degrabă frumusețile iernii decât neajunsurile ei.

Primăvara este anotimpul în care trebuie să facem cura de prospețime necesară sănătății și frumuseții. Regimul alimentar se îmbogățește cu legumele și fructele care încep să apară; fiind bogate în vitamine și celuloză ajută activitatea intestinală. Acizii organici pe care îi conțin sînt capabili să excite secrețiile sucului gastric și intestinal, stimulînd pofta de mîncare și ușurînd digestia. Întrucît aportul lor caloric este redus, datorită conținutului important în apă, fără lipide și puține glucide, ne ajută să mai dăm jos din kilogramele acumulate eventual pe timpul iernii. Conținutul mare de apă al fructelor și legumelor le face recomandabile în alimentație pentru aportul lor în zaharuri naturale. În plus, legumele și fructele sînt principalele furnizoare de vitamină C, asigurînd echilibrul acidobazic al meniurilor.

Se impune hidroterapia pielii, pe care o putem realiza și acasă prin dușuri călduțe, apoi reci. Sînt un factor excelent de relaxare mai ales dacă le însoțim și de fricțiuni. Timpul ploios nu trebuie să devină un inconvenient pentru plimbările zilnice. Acestea tonifică pielea, dau tenului umezeala necesară, pielea apare mai irigată cu sînge, mai suplă și mai catifelată.

Exercițiile de gimnastică vor fi practicate

pe cât posibil în aer liber. Îngrijirea cosmetică în profunzime se impune mai întâi la cosmeticiană și continuată apoi acasă, zi de zi.

Vara, sezonul băilor de soare, în care trebuie luate o serie de măsuri pentru a ne folosi de toate darurile naturii. Să le folosim, dar treptat și fără abuzuri; să învățăm a le pune în slujba sănătății și frumuseții, prin îngrijirea perseverentă, fără a lăsa ca natura să rezolve toate problemele. Vara, tenul are de suferit din cauza căldurii, care accentuează secreția de grăsime și transpirație, dându-i un aspect lucios și unsuros. Vasele cutanate se dilată favorizând aflul mare de sânge în piele și în glandele sudoripare. Sînt eliminate din abundență toxinele din organism, dar totodată sîntem supuși acțiunii iritante a transpirației. Căldura verii determină pierderea unei mari părți din apa conținută în piele, cu consecințe asupra netezimii și supleții, determinînd uscarea și ridarea ei. Vor fi preferate în mod curent măștile de fructe, sucurile de fructe și legume în locul cremelor grase, cu excepția tenului uscat.

Măsurile de protejare a corpului, asigurîndu-i curățenia necesară, îmbrăcămîntea corespunzătoare, îmbunătățirea alimentației cu legumele, fructele și zarzavaturile de sezon etc., vor face ca acest anotimp să ne lase numai amintiri plăcute.

Toamna. Ca orice bun gospodar care-și începe pregătirile pentru iarnă, trebuie să începem și noi pregătirea organismului pentru sezonul rece.

Schimbările bruște de temperatură favorizează apariția cuperozei și a ridurilor. În cadrul tratamentelor cosmetice se va urmări protejarea tenului prin creme cu acțiune de hrănire și catifelare. În afara tratamentului cosmetic, mișcarea, exercițiile de gimnastică sînt o necesitate asemănătoare grijii de a avea îmbrăcămîntea corespunzătoare, spre a nu fi expuși schimbărilor bruște de temperatură. În alimentația de toamnă, consumul de dulciuri și zaharuri rafinate trebuie redus, înlocuindu-l cu zaharuri naturale, zahărul din fructe avînd și un efect ușor alcalinizat și diuretic. Legumele și fructele detoxifică organismul, ajută la eliminarea surplusului de greutate unde este cazul.

Parcurend diferitele anotimpuri, am putut constata că variațiile meteorologice care le caracterizează ne pot crea unele neajunsuri, impunînd deci o serie de îngrijiri igienico-cosmetice. Natura este însă destul de generoasă și ne pune la dispoziție multiple mijloace de apărare. Trebuie doar să știm să le folosim și să le folosim cu perseverență.

Trebuie, totodată, să protejăm la rîndul nostru natura, s-o iubim, să nu o poluăm, să nu-i stricăm armonia mai ales cînd ne aflăm în mijlocul ei și beneficiem din plin de darurile sale.

Ludmila COSMOVICI

INSTRUIREA ȘI EDUCAREA POPULAȚIEI

ÎN PROBLEME

DE

prim- ajutor



ÎN INTOXICAȚILE ACUTE

Mutațiile survenite în societatea modernă au condus la creșterea numărului accidentelor în general, plasîndu-le pe locul trei în geneza morbidității și mortalității pe plan mondial. Pe de altă parte, utilizarea crescîndă, uneori nejustificată, a medicamentelor și înmulțirea chimicalelor de uz casnic (agenți de curățire, solvenți, cosmetice etc.), ca și ritmul trepidant de viață al adulților, repercutat în supravegherea mai puțin atentă a copiilor, au determinat creșterea numărului intoxicațiilor în mediul casnic.

După calea de pătrundere a toxicului, intoxicațiile se pot produce prin inhalare, ingerare, contaminare a tegumentelor și mucoaselor, injectare și mușcături (șarpe etc.). Dată fiind gravitatea lor, acordarea de urgență a primului ajutor de către persoanele aflate la locul accidentului se impune în toate cazurile pînă la intervenția personalului sanitar.

...PRIN INHALARE

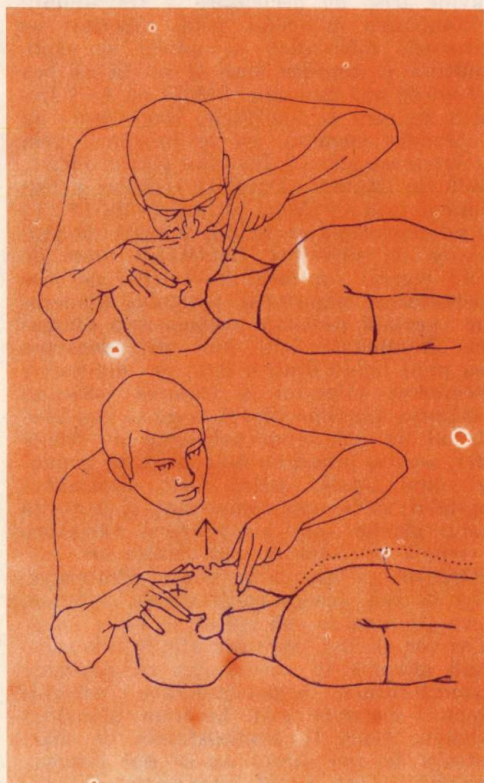
Se produce în principal cu următoarele gaze și vapori: **oxid de carbon** rezultat din arderea incompletă a gazelor naturale și mangelului din sobe (mai periculos la cele cu tiraj defectuos când toxicul se elimină în încăpere, ori la cele de fontă înroșită când difuzează prin metal); **arderea incompletă a carburanților** în motoarele cu explozie, când se degajă „gaze de eșapament“ — pericol în garaje și în interiorul autovehiculelor cu mersul în „relanti“; **în timpul incendiilor** — oxidul de carbon degajat prezintă risc pentru pompieri și persoanele surprinse în spații închise; **metan sau butan** (aragaz), când au loc scăpări pe conductă sau din butelii, în spații închise; **bioxid de carbon** degajat în fântini părăsite, grote, cuve de fermentație; **aer viciat**, adică atmosferă sărăcită în oxigen și bogată în bioxid de carbon și vapori de apă în încăperile mici, ermetic închise sau supraaglomerate (lift blocat, săli de spectacole); **hidrogen sul-**

furat, la operațiile de vidanjare a latrinelor și canalelor unde se acumulează ca rezultat al putrefacției (în aceste împrejurări, la intoxicația cu hidrogen sulfurat se adaugă și lipsa de oxigen); **acid etanhidric** degajat în special la folosirea lui ca insecticid.

Inhalarea acestor toxici determină, prin mecanisme diferite, lipsa (insuficiență) de oxigen la nivelul celulelor organismului, asfixie (hipoxie). Evacuarea intoxicatului din spațiul toxic este prima operație de îndeplinit, fiind cu atât mai eficientă cu cât este mai rapidă. În anumite condiții, salvarea nu poate fi efectuată decît de personal specializat, prevăzut cu echipament de protecție (mască, costum, centură de siguranță). La alertarea organelor competente (salvare, spital, dispensar, pompieri etc.) telefonic sau prin curier, informațiile transmise trebuie să fie complete și precise, cuprinzînd tipul accidentului, numărul intoxicaților, dacă au fost scoși din mediul toxic sau, în caz contrar, ce dificultăți prezintă degajarea lor, locul accidentului și adresa la care se află victimele.

Măsurile de prim-ajutor constau în restabilirea funcțiilor respiratorii (risc de stop respirator) și circulatorii (risc de stop cardiac) în raport cu starea intoxicatului. În caz că intoxicatul este conștient și simptomele (tuse, jenă respiratorie) au dispărut, el va fi ținut în repaus (culcat) pînă la examinarea de către medic, deoarece există totuși pericolul complicațiilor de mai târziu. Când însă este conștient și în stare de șoc sau inconștient și cu respirația compromisă sau suprimată, prima măsură constă în degajarea căilor respiratorii superioare. Aceasta se face prin descheierea veșmintelor care jenează respirația (cravată, guler, curea, cordon, centură) și îndepărtarea, dacă este cazul, a protezelor dentare mobile; culcarea în decubit lateral, cu capul în hiperextensie și plasat mai jos decît trunchiul, poziție care împiedică alunecarea limbii spre fundul gîtului și obstruarea faringelui, precum și asfixierea cu mucozități, vomismente; curățirea gurii și fundului gîtului de mucozități, vomismente, cu ajutorul unui tifon, batiste etc. În cazul convulsiilor, accidentatul va fi ferit de lumină și zgomot, iar dacă este frig va fi protejat prin învelire cu păături ori haine.

Respirația artificială i se va face prin metoda „gură la gură“ sau „gură la nas“. Acestea constau în însuflarea activă, de către salvator, a aerului în căile respiratorii ale victimei (eventual se poate inter-pune o batistă, tifon). Aceste metode nu pot fi aplicate însă în cazul intoxicației cu vapori toxici, care se degajă rapid prin expirație și riscă să-l intoxice pe salvator; oxigenoterapia — dacă este posibilă (se va face cu prudență în intoxicația cu bioxid de carbon).





...PRIN INGERARE

Se produce în mediul casnic, mai frecvent cu următoarele grupe principale de substanțe: medicamente tranchilizante (mepramat, napoton, diazepam), neuroleptice (romergan, clordelazin), hipnotice, psihotonice, analgezice-antipiretice (aspirină, piramidon, antinevralgic); pesticide organofosforice (tip parathion), organoclorate (tip DDT), raticide, ierbicide; agenți de spălare, curățire, înălbire, lustruire — detergenți, acizi și alcalii corosivi, acid oxalic, diluanți tip „Tiner“, benzină, acetona, alcool metilic, hidrocarburi clorurate, hidrocarburi aromatice, cloramină; preparate cosmetice (șampon, coloranți și fixativi pentru păr, depilatori, solvenți și lacuri, dezodorizante); plante și ciuperci otrăvitoare.

Din cauza varietății acestor substanțe, a condițiilor intoxicației (cantitate ingerată, timp scurs de la ingerare), a caracteristicilor intoxicatului (vîrstă, stare de sănătate etc.), nu se poate da o schemă unică pentru acordarea primului ajutor. Totuși, în linii generale, salvatorii trebuie să ia, concomitent și cît mai rapid, următoarele măsuri: alertarea organelor competente, stabilirea condițiilor intoxicației, primul ajutor.

Alertarea imediată a unităților competente (salvare, spital, policlinică, dispensar, medic la domiciliu, post de prim-ajutor, farmacie) se face în funcție de condițiile locale. Cît privește stabilirea condițiilor intoxicației, aceasta se face prin interogarea victimei sau a persoanelor din jur, sau prin examinarea obiectelor din preajma sa. Sînt utile următoarele date pentru stabilirea diagnosticului și deci pentru acordarea îngrijirilor adecvate: ce produs a ingerat (se păstrează ambalajul, restul de toxic, alimentele suspecte, spre a fi predate

la analize); ce cantitate (volum de lichid, număr de pastile); cînd s-a produs intoxicația; simptomele indicate de victimă dacă nu și-a pierdut cunoștința.

Măsurile de prim-ajutor se acordă rapid și eficient, de ele depinzînd evoluția ulterioară a stării accidentatului. Astfel, restabilirea funcției respiratorii și cardiace, la intoxicații inconștienți sau cu respirația compromisă, se face ca și la „intoxicarea prin inhalare“, iar eliminarea toxicului din stomac se realizează prin provocare de vărsături și se practică îndată ce funcțiile vitale au fost restabilite. Rețineți însă că nu se provoacă vărsături în următoarele împrejurări: în stare de inconștiență, agitație gravă sau convulsii (risc de asfixie sau accentuarea convulsiilor); ingerare de substanțe corosive (acizi, alcalii, stricnină datorită riscului de perforație gastrică); derivați petrolieri (risc de aspirare a toxicului în căile respiratorii, ducînd la pneumonie chimică); detergenți, șampon și alte substanțe spumante (risc de pătrundere în căile respiratorii a spumei formate); substanțe antiemetice (cînd refluxul vomei este anulat). De asemenea, vom evita eliminarea toxicului din stomac la cardiaci (risc de colaps), emfizematoși (risc de pneumotorax), vîrstnici ateromatoși și hipertensivi (risc de hemoragie cerebrală), gravide (risc de declanșare a travaliului).

Eliminarea toxicului prin vărsături se realizează diferențiat la adulți și copii. Adulților și copiilor mari li se dă să bea 300 ml de apă rece sau călduță cu 1—2 lingurițe de sare de bucătărie. Dacă voma nu se produce spontan, ea se provoacă prin excitarea mecanică a fundului gîtului (deget, coadă de lingură). După ce lichidul a fost eliminat prin vărsături, se repetă de 10—12 ori administrarea de lichid, urmată de provocarea de vărsături. Cantitatea mare de lichid ingerat (în total 3—4 litri) permite îndepărtarea majorității toxicului din stomac. Această cantitate trebuie însă obligatoriu fracționată (cite 300 ml), deoarece prea mult lichid dintr-o dată ar determina deschiderea pilorului și trecerea toxicului în intestin. Copiilor mici li se dă să bea 50—100 ml de apă, eventual sirop de fructe dulci, apoi se întind cu fața în jos pe genunchii unui adult, astfel încît abdomenul (copilului) să fie ușor comprimat, și se excită fundul gîtului spre a-i provoca vărsături. Se repetă operația de mai multe ori.

Atragem atenția că se poate administra, în loc de apă, aceeași cantitate de lapte sau citeva albușuri de ouă bătute în lapte (apă). Nu se vor da însă lapte sau alte lichide conținînd grăsimi în intoxicația cu pesticide organoclorurate, organofosforate, solvenți organici, deoarece s-ar favoriza absorbția toxicului. Dacă la administrarea de mari cantități de apă sărată nu se pot provoca vărsături, există riscul intoxicației cu clo-

zură de sodiu (hipernatremie). De asemenea, nu se administrează niciodată băuturi alcoolice; vărsăturile și eventual urina se păstrează pentru a fi trimise la laborator.

În cazul ingerării de acizi corosivi (acid clorhidric, sulfuric, azotic), când nu se pot provoca vărsături, se dă victimei să bea imediat 2—3 litri de apă, lapte sau lapte cu 10—12 ouă bătute, spre a se dilua acidul din stomac. Se repetă această administrare după 2—3 ore, în cantități mici.

Dacă s-au inspirat și vapori (acid clorhidric, acid azotic), intoxicatul va evita orice efort (risc de edem pulmonar). Nu se va administra bicarbonat de sodiu sau pulbere de cretă (risc de perforație, datorită degajării bioxidului de carbon rezultat din reacția de neutralizare).

În cazul ingerării de alcali corosivi (hidroxiizi de sodiu și potasiu, amoniac, hipocloriți, polifosfați alcalini), când nu se pot provoca vărsături, se dă să se bea imediat 2—3 litri de apă sau lapte pentru a dilua alcalii din stomac. Apoi se administrează oțet diluat (100 ml oțet de masă la 1/2 litru apă), în cantitate de 1 litru pentru 15 g hidroxid ingerat, în scopul neutralizării acestuia.

Reducerea absorbției toxicului și accelerarea trecerii lui în tubul digestiv se realizează prin: administrare orală de cărbune activ (aproximativ 30 g suspendat în apă), care absoarbe numeroase medicamente și toxici anorganici, urmată după 1/2 oră de un purgativ salin, de obicei sulfat de sodiu (la adulți — 30 g în 200 ml de apă; la copii — 10 — 15 g la 100 ml de apă); nu se dau purgative în intoxicațiile cu acizi și alcali corosivi; uleiul de ricin (30—120 ml) este indicat numai în anumite cazuri, de exemplu, în ingerarea de fenol (acid fenic).

...PRIN

CONTAMINAREA TEGUMENTELOR ȘI MUCOASELOR

Se produce, în mediul casnic, prin stropire cu acizi și alcali corosivi, pesticide, solvenți organici (tip tetraclorura de carbon).

La contaminarea ochilor se iau următoarele măsuri de urgență: extragerea corpurilor străine, solide, vizibile, ușor de îndepărtat; spălarea abundentă a globilor oculari cu apă curentă, timp de 15 minute. Accidentatul este îndemnat să miște ochii în toate

sensurile, pentru ca apa să pătrundă în fundurile de sac ale acestora. Nu se folosesc agenți chimici neutralizanți ai toxicului (de exemplu, oțet în stropirea cu alcali); urmează apoi acoperirea ochiului cu un pansament și transportarea imediat la medic.

În caz de contaminare a tegumentelor, măsurile sînt asemănătoare: spălare abundentă cu apă timp de 15 minute a tegumentelor, concomitent cu îndepărtarea hainelor contaminate. Dacă nu sînt arsuri chimice profunde, se spală amănunțit cu apă și săpun și se acoperă cu un pansament. Pentru prevenirea șocului se învește accidentatul și se transportă culcat la medic. De asemenea, trebuie reținut că nu este bine să se aplice în prim-ajutor unguente, ulei, talc sau să se spele cu apă arsurile cu fosfor. În cazul stropirii cu paration, salvatorul se va feri de contactul cu toxicul, care străbate prin tegumente.

...PRIN INJECTARE

Are loc cu medicamente, prin supradozare, confuzie sau sinucidere. Se procedează de urgență la anunțarea organelor competente, restabilirea funcției respiratorii și cardiace. La intoxicații inconștienți sau cu respirația compromisă se procedează ca la „intoxicarea prin inhalare”. Dacă intoxicatul a fost surprins la scurt timp după accident, se încearcă întîrzierea difuzării toxicului, prin aplicarea unui garou (elastic, legătură) deasupra locului injectat. Garoul nu va fi atît de strîns încît să dispară pulsul mai jos de locul legat, iar accidentatul trebuie să nu acuze furnicăături în membrul respectiv. De asemenea, garoul va fi desfăcut timp de un minut la fiecare 15 minute. Aceste precauții se iau pentru împiedicarea stazei.

Urmează apoi culcarea intoxicatului, imobilizarea membrului injectat și aplicarea unei pungi cu gheață. În cazuri de **intoxicații prin mușcătură** (șarpe, insecte veninoase) se iau aceleași măsuri ca mai sus.

Majoritatea accidentelor din mediul casnic — cu urmările lor nefaste asupra individului, familiei, societății — ar putea fi evitate dacă s-ar respecta măsurile de prevenire, atît de mult difuzate prin propaganda sanitară și a Crucii Roșii. Suferințele umane și pierderile economice provocate de intoxicațiile accidentale întăresc, o dată mai mult, valabilitatea afirmației: „Un gram de prevenire echivalează cît o tonă de terapie”.

Conf. dr. doc. **Marțian COTRĂU**
I.M.F. — Iași

**CINE
STÀ LA
VOLAN?**



Dacă privim problema din punctul de vedere al condiției umane, comportamentul la volan, ca și comportamentul în general, este condiționat de cele trei dominante ale personalității umane, — *dominanta biologică* (buna stare de sănătate fizică și mentală), *dominanta psihologică* (un psihic adecvat și armonios) și *dominanta socială* (modul de integrare a individului în microgrupul familial și de muncă, trăsăturile psihosociale ale acestuia etc.).

Pentru eliminarea greșelilor de evaluare a capacității de conducere pe baza măsurării comportamentului în circulație, unele țări și organizații internaționale au elaborat metode obiective, dintre care mai folosite sînt cele care se bazează pe descrierea comportamentului pe baza scărilor (chestionarelor) de măsură. Dintre acestea, după părerea noastră, cele mai adecvate sînt cele două pe care le reproducem.

În ceea ce privește comportamentul în circulație:

A. De fapt nu avem un comportament în circulație, ci o serie de comportamente, determinate fiecare de o altă componentă de „condiție umană”, și anume:

Comportamentul după orientarea vizuală — determinat de factorii bio-medicali și senzoriali-perceptivi ai individului: cuprinde elemente de atenție susținută la traseu, atenție la mediul înconjurător și vederea de ansamblu a condițiilor, observarea intersecțiilor, atenție la ce se întîmplă în spate, previziune.

Comportamentul reactiv — determinat de reflexele senzomotorii ale individului: cuprinde atitudinea defensivă sau ofensivă, reacția înaintea obstacolelor, frinarea la timp, pregătirea pentru frinare, păstrarea distanței față de vehiculul din față, concentrarea la volan.

Comportamentul legat de psihomotricitate și de tehnica de conducere — determinat complex de factorii biomedicali, psihici și sociali, avînd și componente legate de îndeminare și de ușurința sau dificultatea de a învăța lucruri noi: cuprinde atitudinea la volan, modul de a efectua mișcările volanului, ambreiaj și dezambreiaj, schimbarea vitezelor, modul de aliniere a mașinii la bordură, acționarea accelerației și frinei, regimul motorului în diferite comportări, luarea curbelor, mersul în linii drepte, depășirile, mersul înapoi, opririle și întoarcerile, staționarea, condusul lin sau cu șocuri, gesticulația, mișcările adecvate sau inadecvate.

Comportamentul după stilul de conducere — determinat de factori biomedicali (vîrstă, sănătate), psihici (în special personalitatea individului) și sociali (gradul de integrare socială): cuprinde activitățile de intrare în mașină, pregătirile de pornire, pornirea, accelerația, viteza, regularitatea vitezei, conducerea cu măiestrie, mersul în drum liber, distanța față de marginea drumului și față de obstacole, intrarea în circulație, virajul „pe coardă”, prudența în intersecții, respectarea priorităților, trecerea prin intersecții, exploatarea optimă a posibilităților mașinii și drumului, avertizarea intervențiilor, incidente rutiere produse, controlul vehiculului în situații speciale, securitatea vehiculului, controlul emoțional, atitudinea activă, încrederea în sine, criticarea altora (simțul critice).

Comportamentul legat de disciplină — determinat exclusiv de personalitatea și de integrarea socială a individului: cuprinde respectul prescripțiilor în general, respectarea limitărilor de viteză, respectarea marcajelor, respectarea semnalizării la stop, respectarea semnelor și sem-

nalelor rutiere, mersul pe partea normală a drumului, schimbarea benzii de circulație, aroganța în traseu sau calmul, semnalizarea direcției de mers, informarea asupra circulației.

B. Prin varietatea comportamentului lor, conducătorii auto se pot împărți în mai multe tipuri. Astfel sînt conducători „siguri” sau defensivi și conducători „nesiguri”, cu tendință la perturbarea siguranței circulației (conducători riscanți, conducători^o distrași, conducători nedotați, conducători agresivi, conducători cu reacții inversate, conducători suferinzi de „complexul de stînga”). Conducătorii „sportivi” se situează între cele 2 grupe, aceștia fiind șoferi siguri, dar care nu au o conduită defensivă (ei nu rezolvă situațiile neclare așteptînd, ci pătrunzînd cu energie în zonă; ei nu acționează decît sub principiul folosirii priorității proprii și nu concep să cedeze prioritatea altui participant la circulație).

C. Comportamentul în circulație trebuie să fie canalizat spre asigurarea securității circulației. Criteriile după care analizăm comportamentul în circulație — atît de divers de la individ la individ — trebuie să aibă un singur scop: prevenirea accidentului de circulație. Criteriile mai des folosite sînt: iminența de accident, comportamentul greșit, infrațiunea față de regulamentul de circulație, incidentul de circulație, fluiditatea circulației și adaptarea la circulație.

În funcție de aceste criterii, putem estima comportamentul individului la volan.

Pentru edificare vă oferim două teste de comportament rutier.

Dr. Vasile FRUNZĂ

Testul 1

A. Scara McGlade concepută pentru examenul de obținere a permisului de conducere. Proba constă în efectuarea conducerii auto timp de 16 minute pe un traseu ales special, cu un singur observator în aceeași mașină cu candidatul, și care face evaluarea prin notarea a 28 de criterii de comportament:

1. Pregătirile de plecare (dacă portierele sînt bine închise, scaunul și oglinzile bine reglate, poziția la volan corespunzătoare, centura de siguranță).

2. Demarajul (modul de a intra în calea de circulație, dacă pleacă cu frîne de siguranță, privirea în spate, semnalizarea).

3. Mersul înapoi (dacă se menține în linie dreaptă, privirea înapoi directă sau prin oglinzi, frîna de mină).

4. Întorcerea (semnalizarea, privirea înapoi, asigurarea, contactul cu trotuarul).

5. Alinierea — parcare (semnalizarea, observarea împrejurărilor, respectarea distanțelor impuse).

6. Alinierea — parcare în pantă (semnalizarea, observarea situației din stradă, mersul, folosirea frînei de siguranță).

7. Demarajul în pantă (folosirea frînei de siguranță, semnalizarea, asigurarea, privirea înapoi, intrarea în circulație).

8. Virajele (modul de intrare în viraje, semnalizarea, viteza).

9. Semafoarele (plasarea la oprire față de semafor — înainte sau după, dacă se oprește sau trece la lumina galbenă).

10. Semnul de stop (dacă oprește, la ce distanță, modul de observare a circulației înainte de pornire).

11. Alte semne și semnale de circulație (dacă ține cont de ele).

12. Dacă se menține pe banda sa de circulație.

13. Schimbările de direcție și depășirile (semnalizarea, efectuarea lor, realinierea pe banda de mers).

14. Observarea intersecțiilor.

15. Viteza în intersecție (dacă este reglementară sau nu).

16. Semnalizarea.

17. Viteza (dacă depășește limitele regulamentare, dacă este prea mică și stînjenește circulația).

18. Distanța păstrată față de vehiculul din față.

19. Respectarea priorităților (alte vehicule, pletoni).

20. Păstrarea direcției volanului (conduce cu una sau două mâini, mișcă volanul lent sau în reprize, felul redresării după curbe și viraje, mișcări de volan foarte ample, ținerea cotului pe fereastră).

21. Atenția (dacă este concentrată, dacă este distrat, conversația sau aprinderea țigării în timpul condusului, alte aspecte diverse în timpul conducerii).

22. Conducerea defensivă (prevăderea obstacolelor, preocuparea permanentă pentru securitate, evitarea riscului, dacă se aliniază și

TESTE DE COMPORTAMENT RUTIER

încetinesc cînd este depășit, dacă se asigură cînd are prioritate, dacă cedează prioritatea în cazuri limitate, dacă se asigură și din stînga).

23. Manevrarea ambreiajului (lină sau sacadată).

24. Schimbarea vitezelor (cum se face în linie dreaptă, dacă se face în curbe sau înaltea lor, manevrarea corectă a manetel, dacă ține seama de conjunctura din circulație).

25. Frînarea (dacă este atent pentru a frîna la timp, frînarea brutală sau lină, dacă fumează în curbe).

26. Acționarea acceleratorului (felul de a accelera și de a folosi frîna de motor).

27. Privirea în urmă — asigurarea (dacă are atenția susținută la circulația din spate, modul de asigurare la depășiri și viraje).

28. Cunoașterea legii circulației. Fiecare punct este estimat doar în două valori: suficient sau rău, iar estimarea globală se face procentual (de la 0 la 100).

Testul 2

B. Scara Institutului de psihologie al Comitetului pentru securitatea circulației din Viena constă în efectuarea unui traseu de 40 km foarte variat. Observarea se face de către doi observatori aflați în aceeași mașină cu candidatul. Scara are o serie de criterii de comportament care se notează prin două valori opuse, care se exclud reciproc: Observatorii notează separat și apoi fac o medie a observațiilor lor. Criteriile scării sînt:

1. Intrarea în autovehicul — prudent, impacientat.

2. Regimul motorului la pornire — rapid, lent.

3. Demaraj — continuu, sacadat.

4. Demaraj în coastă — bun, rău.

5. Demaraj cu frîna de mină — multe, puține.

6. Reducerea de viteză — lent, brutal.

7. Ambreiaj — continuu, sacadat.

8. Ambreiaj prin sacade — frecvent, rar.

9. Debraiaj — la timp, tardiv.

10. Schimbări de viteză — multe, puține.

11. Regimul motorului (turație) — ridicat, coborît.

12. Mînuirea schimbătorului de viteze — des, rar.

13. Obosirea motorului — mult, puțin.

14. Alegerea regimului motorului — bună, rea.

15. Felul de a schimba vitezele — antrenant, rapid.

16. Trecerea prin intersecție — cu decizie, cu ezitări.

17. Trecerea prin intersecție — prudent, imprudent.

18. Securitatea vehiculului în coborîre — mare, mică.

19. Viraje I luate — lent, rapid.

20. Viraje II — frînare la timp, frînare tardivă.

21. Viraje III — accelerat, lent.

22. Viraje tăiate IV — puține, multe.

23. Viraje V — bine luate, în derapaj.

24. Redresarea la linia dreaptă — mișcări multe ale volanului, mișcări puține.

25. Conducerea cu o mîină — mult, puțin.

26. Reacția la un obstacol neașteptat — exagerată, insuficientă.

27. Distanța păstrată la trecerea obstacolelor — mare, mică.

28. Distanța față de marginea șoselei — mare, mică.

29. Atenția la frînare — mare, mică.

30. Frîndări — multe, puține.

31. Modul de a frîna — moale, sec.

32. Frînd — cu sacade, dintr-o lovitură.

33. Manevrarea accelerației — lent, brutal.

34. Intrarea în coloană — corectă, incorectă.

35. Depășirea — prudentă, riscantă.

36. Depășirea — bruscă, cu pregătire.

37. Distanța față de vehiculul din față — mare, reglementară.

38. Atenția la ceea ce urmează — bună, rea.

39. Așteptare la rînd — calm, impacient.

40. Așteptare cu viteza angajată și debraiaj — des, rar.

41. Viteza în afara localității — mare, mică.

42. Comportament în conducere I — prudent, imprudent.

43. Comportament în conducere II — cu previziune, fără previziune.

44. Exploatarea posibilităților — mult, puțin.

45. Apărarea drepturilor — fermitate, renunțare.

46. Respectul regulamentelor — mult, puțin.

47. Avertizare I — mult, puțin.

48. Avertizare II — scurt, lung.

49. Atitudine — liberă, degajată.

50. Vorbește cînd conduce — mult, puțin.

51. Gesticulare — mult, puțin.

52. Critica altuia — mult, puțin.

53. Atenție — fixă, fluctuantă.

54. Incidente — multe, puține.

55. Previziune — multă, puțină.

Pe baza acestui chestionar candidații se pot încadra în 7 categorii comportamentale, prin care se fac diferențieri de finețe ale comportamentului după o analiză de tip factorial.

Cum să ne alimentăm în raport cu vîrsta și cu specificul profesiei noastre?

Iată o întrebare pe care o auzim din ce în ce mai frecvent în familie, la locul de muncă, în cabinetele de consultații medicale. Expresie a interesului manifestat de omul contemporan față de apărarea propriei sănătăți, întrebarea primește, de data aceasta, răspunsuri autorizate din partea unui grup de valoroși colaboratori de la Institutul de medicină din Timișoara.

Răspunsurile referindu-se la perioade distincte de vîrstă ale omului, oferă numeroase argumente în favoarea adopției unei alimentații corecte în raport de legătura care există între organism și mediu, prin aportul permanent și echilibrat al substanțelor nutritive recomandate în funcție de vîrstă, greutate corporală, activitate și aport caloric.

ALIMENTAȚIE VÎRSTĂ-ACTIVITATE





ÎN TRE 2 ȘI 6 ANI

În această perioadă copilul depășește caracterele de sugar, dominate de viața vegetativă, apropiindu-se de cele ale școlarului în care predomină activitatea intelectuală. Creș-

terea se face mai lent decât între 0 și 2 ani, intervin adesea boli infecțioase epidemice. De aceea, în păstrarea stării sale de sănătate alimentația joacă un rol primordial, fiind necesar să conțină aceleași elemente de bază ca și în primii doi ani de viață: „materiale de construcție” (proteine, săruri minerale și apă), „materiale energetice” (grăsimi, glucide), catalizatori (vitamine) și „substanțe leșt” neasimilabile, utile funcțiilor intestinale.

Proteinele, a căror rație zilnică este de 1,75 g pe kgcorp, pot fi animale (din lapte, carne, pește, ouă), reprezentând 2/3 din rația totală, iar cele vegetale (din fasole, mazăre) trebuie să reprezinte 1/3 din rație, avînd un conținut incomplet de aminoacizi necesari.

Rația zilnică de lapte nu trebuie să depășească 500 ml, cea de grăsimi de 3,5 g/kgcorp pe zi, de dorit să reprezinte un amestec de grăsimi de origine animală (unt) cu cele de origine vegetală (margarină, ulei), iar glucidele (6,5 g/kgcorp pe zi) să fie reprezentate de cereale (grâu, orez, porumb), legume și fructe (consumate crude sau preparate). Cele rafinate (produse de brutărie și patiserie cu făină albă, orez glasat și zahăr) vor fi folosite însă în cantitate mică, introducîndu-se în alimentație mai mult fulgi de ovăz sau de porumb, pîine intermediară sau integrală.

Rația zilnică echilibrată a copilului în această perioadă este recomandabil să conțină 15 la sută proteine, 30 la sută grăsimi și 55 la sută glucide și să asigure 1 000 de calorii. După etatea de 3 ani ea va fi mărită pentru fiecare an cu cîte 100 de calorii. Această rație va fi repartizată în 4 mese pe zi, astfel: micul dejun (ora 7 dimineața!): 250 ml de lapte fiert, pîine cu unt (5 g) sau biscuiți; gustarea de la ora 10 dimineața: fructe sau un pahar cu suc de fructe; prînzul (ora 13): o supă, o mîncare cu carne tocată sau 100 g de pește ori 1 ou, la care se asociază 150 g de legume fierte, 20 g de unt, uneori puțină pîine, iar ca desert fructe crude sau compot; gustarea de la ora 17: 250 ml de lapte sau iaurt și o tartină cu unt, ori un pahar cu suc de fructe; cîna (ora 20): supă de legume, mîncare de legume, fructe.

Alimente de nedorit — puțin valoroase —, prăjiturile, dulciurile, produsele de patiserie, sosurile grase, cîrnații, peștele gras, brînzeturile fermentate trebuie evitate întrucît predispun la obezitate și carii dentare.

Este necesar să se aplice următoarele principii: respectarea orarului meselor, obișnuirea copilului să mînce singur și să mestece alimentele, efectuarea cu regularitate a periajului dinților după fiecare masă.

Prof. dr. doc. Louis ȚURCANU

ÎNȚRE 7 ȘI 13 ANI

Pentru a simplifica prescrierea regimului alimentar la un copil de vîrstă școlară, putem împărți alimentele necesare acestuia în mai multe grupe, și anume: lapte și brînzeturi; carne și pește; ouă; cereale și leguminoase us-

cate; legume și fructe; produse zaharoase; grăsimi și băuturi nealcoolice.

Laptele și brînzeturile conțin cele mai bune proteine de origine animală și reprezintă cea mai bună sursă de calciu. Rația zilnică va fi de maximum 500 ml de lapte și 30—50 g de brînză, în funcție și de aportul de carne. Rația zilnică de carne sau pește va fi de 120—150 g, iar de ouă, sursă de proteine cu cea mai mare valoare nutritivă, datorită echilibrului perfect ce există între acizii aminati componenți ai acestor proteine, și de vitamine A, D, E și B12, de fosfor și fier va fi de 1 ou pe zi.

Legumele și fructele sînt principala formă de vitamina C, de provitamină A — caroten —, în morcovi, cireșe, piersici, sfeclă roșie și ridichi, precum și de vitamine din complexul B, vitamina E, calciu, magneziu, potasiu, fier etc., pot fi între 500 și 600 g în rația zilnică. *Rația de pîine* — de preferat intermediară, datorită conținutului bogat în vitamina B1 — va fi de 200—250 g pe zi, completată cu 50—100 g de macaroane, tăiței, fidea. *Leguminoasele* uscate (fasole, mazăre, linte) se recomandă școlarului în cantități mici, o dată pe săptămînă, excesul determinînd instalarea durerilor abdominale prin conținutul crescut în celuloză.

Produsele zaharoase, în special cele rafinate și suprafinate (bomboane, ciocolată etc.), dorite de copil datorită gustului plăcut, conținînd exclusiv glucide, trebuie consumate cu multă rețineră, excesul determinînd apariția unor boli degenerative cu evoluție cronică (ateroscleroză).

Grăsimile de origine animală și vegetală — sursă de energie pentru organismul copilului — este bine să nu depășească 35 la sută din totalul aportului caloric, pentru a preveni apariția unor boli cauzate de abuzul alimentar de grăsimi. La un aport caloric total al rației zilnice de 2 500—3 000 de calorii se admit 25 g de unt și 20 g de uleiuri vegetale.

În concluzie, recomandăm ca nevoile energetice ale copilului școlar să fie de 60—70 de calorii/kgcorp/zi, ceea ce reprezintă un aport caloric de aproximativ 2 100 de calorii/zi la copilul între 7 și 9 ani și 2 500—3 000 cal/zi la copilul între 9 și 15 ani. În ce privește nevoile de proteine, sînt de 2—2,5 g/kgcorp/zi, cele de grăsimi de 2—3 g/kgcorp/zi, iar cele de glucide de 8—10 g/kgcorp/zi.

Sînt interzise cafeaua, condimentele iuți și alcoolul.

Copilul între 7 și 15 ani va primi 5 mese pe zi, din care 2 vor fi gustări, de dimineață și după-amiază, va respecta orele de masă, regulile de igienă (spălatul pe mîini înainte de masă și spălatul pe dinți după fiecare masă), va mesteca cu conștiințiozitate alimentele pentru a ușura procesul de digestie. Întrucît actul alimentar este un act psihosocial, părinții vor evita mustrările, observațiile sau oricare discuție neplă-

cută în timpul meselor, întrucât acestea pot scădea reflexele secretorii digestive, ceea ce duce la compromiterea procesului de nutriție.

Prof. dr. Eugen ALEXANDRU

ÎNTRU 13 ȘI 20 DE ANI

În această cea mai frumoasă și mai importantă etapă de dezvoltare a ființei umane, care cuprinde o lungă perioadă de creștere somatică și pregătire intelectuală, individul suferă cele mai profunde transformări: staturale, endocrine, intelectuale și psihice. La „vîrsta tuturor posibilităților”, dar și a multor greșeli care pot influența întreaga viață, organismul în continuă dezvoltare are necesități calorice egale sau mai mari chiar decît ale unui adult, care efectuează o muncă fizică grea, ceea ce corespunde la 50—60 de calorii pe kg de greutate corporală și zi (ceva mai puțin la fete decît la băieți), adică între 2 500 și 3 500 de calorii zilnic.

Proteinele, necesare dezvoltării fizice și intelectuale a adolescentului în plină transformare, trebuie să constituie 15 la sută din nevoile calorice (adică 2 g/kgcorp/zi), dintre care cel puțin 2/3 trebuie să fie de natură animală (lapte, brînzeturi, ouă, carne) și 1/3 de natură vegetală. Grăsimile vor reprezenta aproximativ 30 la sută din aportul energetic (2-3 g/kgcorp/zi); 50 pînă la 75 la sută dintre acestea trebuie să fie de origine animală (cu conținut în acizi grași esențiali și vitamine liposolubile). Glucidele, sursă care oferă 55 la sută din rația calorică, sînt necesare între 6 și 8 g/kgcorp/zi provenind din piine (de preferat intermediară), paste făinoase, legume (500—600 g pe zi), fructe, zahăr și produse zaharoase.

Iată, de exemplu, ce poate consuma într-o zi un elev de 18 ani, în cadrul celor aproximativ 3 000 de calorii pe zi; piine intermediară 400 g, cartofi 300 g, fructe 400 g, paste făinoase sau orez 100 g, lapte sau iaurt 500 ml, legume 600 g, zahăr 40 g, carne 250 g, brînză 200 g, un ou, unt 30—40 g, ulei 30 ml, smîntînă 20—30 g; de asemenea, el poate bea apă minerală, ceai, suc de roșii etc.

Alimentația adolescentului este deci bogată, dar trebuie să fie și echilibrată, variată, gustoasă, corect pregătită. Și totuși foarte frecventă este supraalimentația, adică aportul energetic global crescut, sau obiceiul de a consuma de preferință unul din principii alimentari, mai ales glucide (piine, paste făinoase, zahăr și produse zaharoase), factor favorizant al apariției diabetului zaharat, al

tulburărilor lipidelor organismului, aterosclerozei etc.

Obiceiul de a minca repede, frugal sau a sări peste 1—2 mese din cele 3 principale pe zi (de obicei cea de dimineață), pentru a lua o singură masă copioasă pe zi, sau mesele la ore neregulate este greșit și poate declanșa boli, mai ales digestive. Curele de slăbire efectuate fără supraveghere medicală sînt dăunătoare prin scăderile în greutate rapide, brutale, prin eliminarea aproape în întregime a aportului alimentar, utilizarea lămiilor sau oțetului sau prin abuzul de medicamente care inhibă pofta de mîncare.

Toate acestea au drept rezultate dezechilibre nutritive manifestate prin oboseală fizică și psihică, predispoziție la îmbolnăviri, scăderea performanțelor intelectuale, tulburări endocrine, boli psihice (multe induse de consumul exclusiv de medicamente din grupul amfetaminelor: Anapetol, Suplin etc., care determină fenomene de dependență și grave tulburări psihice). Nesupravegheată, unii adolescenți încep să fumeze, să consume alcool și cafea, efectele lor nefaste asupra sănătății generale fiind bine cunoscute.

Societatea, școala, familia, medicul trebuie să vegheze asupra modului de viață și de alimentație al adolescentului, încît acesta să se poată dezvolta normal, să se transforme într-un adult sănătos și nevițiat, util și semenilor. Dar, în primul rînd, adolescentul trebuie să înțeleagă că un mod de viață cumpătat, inclusiv alimentar, este în avantajul său pentru a se dezvolta normal, pentru a rămîne sănătos de-a lungul întregii vieți.

Dr. Viorel ȘERBAN

PE TIMPUL MATERNITĂȚII ȘI AL LEHUZIEI

Alimentația gravidei trebuie urmărită cu multă atenție, întrucît se cunoaște rolul său pentru funcția de reproducere. Realizată deficitar, poate duce la apariția unui produs de concepție necorespunzător, cu un procentaj crescut de prematuritate, hipotrofie, malformație etc. Asigurată necontrolat în timpul sarcinii, ea instalează uneori o serie de boli; este suficient să amintim numai numărul mare de femei supraponderale, a căror obezitate s-a instalat în timpul sarcinii și alăptării, fiindcă singurele indicații de regim alimentar pe care le-au primit au fost: „Să mînci mai bine, mai consistent, să mînci cît pentru doi”.

În general, se recomandă ca gravidei să i se asigure o alimentație întocmită pe prin-

cipii științifice, astfel: a) numărul de calorii va fi cel necesar femeii respective în afara sarcinii, la care se adaugă 400 de calorii începând cu trimestrul II al sarcinii; b) principiile alimentare vor fi reprezentate de 1,5-2 g de proteine, din care $1/2-2/3$ de origine animală (brânzeturi, lapte, carne, pește, albuș de ou); 1-1,5 g lipide, 4-5 g glucide (în care se vor include obligatoriu legume și fructe); se va asigura o cantitate de 2,5 g de calciu pe zi și se va da atenție conținutului necesar de fier și vitamine (controlul periodic al hemogramei va arăta dacă trebuie suplimentată cantitatea de fier); c) cantitatea de sare va fi în jur de 6-8 g pe zi în primele două trimestre și în jur de 5 g în ultimul trimestru; d) nu se vor face restricții speciale în ceea ce privește cantitatea de apă, care va fi în general în jurul a 1 500 ml și reglată de sete; e) consumul de cafea va fi limitat la o ceașcă pe zi, iar tutunul și alcoolul vor fi categoric interzise.

Pentru a se controla respectarea alimentației prescrise este obligatoriu ca gravida să se cîntărească bilunar (în prima jumătate a sarcinii și apoi săptămînal); în general, creșterea în greutate de-a lungul gravidității trebuie să fie între 9 și 12 kg. La controlul periodic se va modifica regimul alimentar în funcție de evoluția sarcinii. Dacă gravida este obeză, poate fi tratată în timpul sarcinii, alimentația ei fiind redusă caloric, dar nu sub 1 500 de calorii pe zi, și efectuindu-se examene ale urinei pentru a nu apare corpii cetonic. În acest scop ne stau la îndemînă microcomprimatele de Acetotest, realizate în țara noastră.

În ceea ce privește alimentația leuzei în primele două zile după naștere ea va cuprinde supe, compoturi, lapte, sucuri de fructe, iar apoi va reveni la cea obișnuită, asigurîndu-se un aport de lichide, de aproximativ 1 500 ml pe zi. Se vor evita condimentele, băuturile alcoolice, alimentele care produc fermentație, unele legume (ceapa, usturoiul, sparanghelul, conopida), care conferă laptelui un gust neplăcut. În ceea ce privește cantitatea de calorii, aceasta va fi mai mare cu 1 000 de calorii față de necesarul obișnuit al femeii respective, iar principii alimentare vor fi reprezentați de 1,5-2 g de proteine kgcorp/zi, 1,5 g de lipide pe kgcorp/zi, iar restul din glucide, respectiv 6-8 g/kgcorp zi. Greutatea corporală a leuzei trebuie să fie apropiată de greutatea normală și este necesar să fie controlată săptămînal.

Nu ne-am propus în această prezentare decît să subliniem cele mai importante aspecte ale alimentației corecte a gravidei și leuzei, astfel încît hrana să constituie într-adevăr un factor favorabil de dezvoltare a fătului, să ajute la o naștere fără riscuri.

Prof. dr. Ioan Ioan NUBERT

ÎN PLINĂ MATURITATE

Dacă alimentația copilului mic, a școlarului și chiar a adolescentului este atent supravegheată de părinți, adultul și-o alege singur după cum își alege singur modul de viață. Mai sînt cîte unii care spun: „Știu eu ce fac“, „Mă simt foarte bine și așa gras cum sînt“, dar din nefericire îi întîlnim după cîteva ani în spitale, de multe ori cu boli grave, invalidante, datorate acestor „principii“. În mod greșit se mai crede încă de mulți adulți că alimentația rațională nu este gustoasă, nu se mîncă cu plăcere și nu dă senzația de sațietate. Auzim afirmîndu-se despre mîncarea servită la cantină că este proastă, „fiindcă nu m-am săturat“, pentru că cei care afirmă omit adevărul: „Mîncăm ca să trăim, și nu trăim ca să mîncăm“. Dar sînt și alte greșeli aparent inofensive, cum sînt abuzul de sare (sare pe pline sau adăugată fără rost la orice mîncare), abuzul de condimente iuți, ingestia de mîncăruri fierbinți, mastică superficială sau rapidă, masa la ore diferite, pe apucate ori discuția în timpul mesei, de multe ori în contradictoriu...

Necesarul zilnic de alimente al adultului — diferit de la o persoană la alta, în raport mai ales cu activitatea fizică desfășurată — se calculează în kilocalorii și în principii alimentare. Astfel, necesarul de kilocalorii la un adult cu activitate fizică ușoară este de 25-30/kgcorp pe zi; cu muncă fizică medie de 35-40/kgcorp /zi, iar cu muncă fizică grea de 50-60 kgcorp/zi. Greutatea corporală — ideală — care se ia în calcul corespunde cu înălțimea în centimetri minus 100.

Deci o persoană cu înălțimea de 170 cm și o greutate ideală de 70 kg are următoarele necesități în principii alimentare: proteine — 0,8 — 1,5 g/kgcorp/zi, deci 60-100 g pe zi, din care 40-50 la sută să fie de origine animală (lapte, brînză, albuș de ou, carne), iar restul de origine vegetală (leguminoase, fasole, mazăre, linte, piine, paste făinoase, grîș, orez); lipide (grăsimi) — 1-2 g/kgcorp/zi, deci 70-140 g/zi (atît din cele de origine vegetală — ulei, margarină — cît și din cele de origine animală — unt, untură, smîntînă, frișcă, gălbenuș de ou, carne grasă, brînzeturi grase, lapte); glucide — 5-7 g/kgcorp/zi, deci aproximativ 350-450 g/zi luate în majoritate din legume, fructe, cartofi, piine (de preferat intermediară), paste făinoase, orez, grîș, dulceturi, miere, zahăr.

Alimentele care sînt necesare pentru o zi unui adult de 40 de ani, cu înălțimea de 170 cm și greutatea de 70 kg, care face o muncă fi-

zică mediesînt: piine intermediară 350 g, paste făinoase sau orez sau grîş 50 g, cartofi 300 g, fructe 400 g, legume 500 g, miere sau zahăr 30 g, lapte sau iaurt sau lapte bătut 300 ml, carne de vită slabă 150 g, brînză de vaci 50 g, ulei 30 ml, margarină sau unt 25 g, un ou, mezeluri 50 g. Aceste alimente conţin: 100 g de proteine, 90 g de lipide şi 400 g de glucide, producînd 2 810 kilocalorii. Întrucît pot fi înlocuite cu altele (ţinînd seama însă de conţinutul lor în principii alimentare) rezultă cît de variat poate fi meniul zilnic.

Raţia alimentară a unei zile trebuie să fie împărţită în 3 mese principale şi 1—2 gustări, astfel: la masa de dimineaţă se consumă 20—25 la sută din alimentaţia zilnică; la ora 10—11 — 10 la sută; la ora 14—15 — 40 la sută; la ora 17 — 10 la sută; la ora 21 — 20 — 25 la sută.

În zilele de repaus şi de concediu necesarul de alimente va fi mult mai redus şi adaptat situaţiilor respective, pentru a se evita riscul apariţiei obezităţii.

Prof. dr. Gheorghe BĂCANU

DUPĂ 65 DE ANI

Factor profilactic şi curativ, alimentaţia are o însemnătate deosebită pentru vîrstnic, fiind în mod cert cel mai important element al unei vieţi confortabile. Şi totuşi, de ce

vîrstnicul necesită o alimentaţie diferită şi în ce constă ea?

Organismul uman suferă, odată cu înaintarea în vîrstă, o serie de modificări, unele afectînd direct actul alimentar (perturbarea masticăţiei prin lipsa danturii, scăderea secreţiilor digestive şi ale glandelor anexă, constipaţia). Modificări importante apar însă la nivelul metabolismului intermediar, constînd în scăderea toleranţei la glucide, diminuarea anabolismului proteic, perturbarea metabolismului hidromineral şi al oligoelementelor. Global, metabolismul energetic este modificat, iar necesarul de calorii al vîrstnicului se diminuează. Conform unor date furnizate de Comitetul de experţi al O.M.S., o persoană în etate de 65 de ani trebuie să-şi reducă aportul de calorii cu 21 la sută faţă de una de 25 de ani şi cu 15 la sută faţă de una de 45 de ani. Totodată, o serie de organe de importanţă vitală suferă modificări substanţiale, iar procesul de ateroscleroză este aproape o regulă. În consecinţă, irigaţia ţesuturilor este deficitară, iar asigurarea unui aport de sînge sport în teritoriile active (intestinul în perioada postprandială, muşchii scheletului în efort) se realizează pe seama deficitului de irigaţie a celorlalte ţesuturi cu apariţia fenomenelor de insuficienţă circulatorie cerebrală sau cardiacă.

Alimentaţia va trebui să ţină seama de toate aceste elemente şi de multe altele care mai pot surveni. De aceea, regimul alimentar

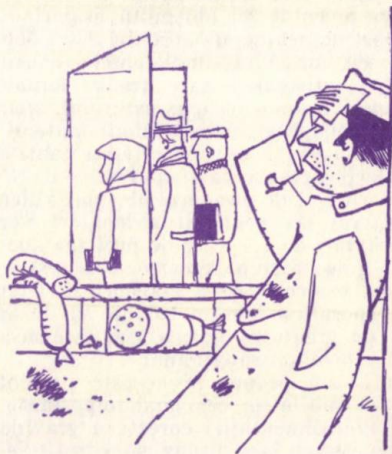
Dr. Lucia ANGHELESCU

(Continuare în pag. 208)



— Te-ai spălat pe mîini?!?...

Mihai MATEI



— Acum, dacă tot au scris că au găsit murdar, ce rost mai are să curăţ?

Eugen TARU

FRUCTELE — „CONCENTRATE SOLARE COMESTIBILE“

Cu numeroase virtuți terapeutice, fructele constituie un mijloc important de terapie, fără acțiune agresivă (fiind ușor tolerate de organism și neprovocând efecte secundare), precum și de prevenire a abuzului și dependenței față de medicamentele de sinteză, asigurând realizarea unui tratament natural cu acțiune pozitivă sistematică asupra întregului organism — sănătos sau bolnav. Adevărate „concentrate solare comestibile“, fructele au o deosebită valoare alimentară, dietetică și terapeutică rezultată din conținutul lor bogat în apă, substanțe minerale, acizi organici, zaharuri, proteine, lipide și vitamine; fortifică organismul și îl ajută să depășească diferite stări de stress. Fructele, îndeosebi cele proaspete, conținând multă apă (85—94 la sută din greutate), determină menținerea unui regim hidric echilibrat în organism. Datorită conținutului ridicat în zaharuri, cireșele, prunele și strugurii constituie o importantă sursă de energie (organele mari consumatoare de zaharuri fiind creierul, ficatul și inima); afinele, după afirmația unor cercetători de la Institutul „Chilaret“ al Universității din Clermont Ferrand, conțin un glucozid colorat, numit antocianin, cu efect stimulator asupra vederii; caisele și prunele, bogate în glucoză, îngrășă și sînt diabetogene, pe cînd merele și perele — conținînd între 6 și 10 la sută fructoză, care are proprietatea de a împiedica producerea cariei dentare și a parodontozelor — sînt antidiabetice, contribuind la menținerea unei greutatei normale. În plus, merele catabolizează alcoolul și accelerează digestia, recomandîndu-se după mesele copioase și „stropite“ cu băuturi alcoolice. Datorită conținutului în săruri minerale (potasiu, fosfor, calciu, magneziu etc.), fructele au un efect alcalinizant, fapt ce le indică în stări fiziologice care determină tendința spre acidoză metabolică și scăderea rezervei alcaline a organismului (activitate musculară intensă, sarcină, oboseală fizică) sau în stări patologice (diabet, boli renale sau febrile, sindrom postoperator). Caisele, piersicile și prunele uscate conțin și cupru, elemente favorizante în formarea hemoglobinei (prin consumarea a 100 g de astfel de fructe se formează în singe 1,8 g de hemoglobină, în timp ce prin consumul a 100 g de carne, pînă la 0,7 g hemoglobină). Fosforul, prezent mai mult în alune, nuci, castane și arahide, intră în compoziția oaselor și dinților participînd la diferite reacții biochimice. Numeroși cercetători au legat carența de magneziu din alimentația modernă de incidența cancerului (studiile efectuate la primul laborator european algo-alimentar de la Sterendenn-Vor (Franța) au stabilit că migdalele conțin 250 mg de magneziu, dar relativ bogate în acest element sînt și alunele, arahidele, nucile, castanele). Dar nucile, alunele și migdalele conțin și cele mai mari cantități de lipide (între 12 și 15 la sută) și de proteine (60 la 74 la sută), explicînd valoarea lor energetică extrem de ridicată (de exemplu, 1 kg de miez de nucă produce circa 7 000 de calorii, ceea ce echivalează cu energia produsă de 1 kg de pîine, 500 g de carne de vită, 500 g de pește, 500 g de cartofi și 1,5 kg de mere la un loc).

Element de bază în formarea scheletului și al dinților, calciul, indispensabil în procesul de coagulare sanguină și în funcționarea normală a sistemului nervos, se găsește mai mult în nuci, alune, măcieșe și agrișe (cercetătorii sovietici au extras din agrișele verzi un acid care împiedică îmbătrînirea celulelor și stimulează dezvoltarea altora noi, apreciîndu-l ca pe un „elixir al tinereții“). Datorită acizilor organici (citric, malic și tartric), celulozei, pectinei și substanțelor tanante, fructele prezintă și proprietăți laxative, diuretice.

O valoare terapeutică deosebită au și strugurii, acționînd ca dezinfectant, laxativ, diuretic, antireumatic, corectînd aciditatea singelui și fiind recomandați în ateroscleroză și hipertensiune. În schimb, stafidele se recomandă în bolile de stomac, ficat și plămîni, favorizează digestia, calmează tusea și acționează contra viermilor intestinali.

Coacăzele negre, măcieșele și lămiile conțin cele mai mari cantități de vitamină C (un grup de medici englezi au constatat că sucul de coacăze negre reglează foarte bine metabolismul și este eficace în dezintoxicarea de iradiatii cosmice, figurînd în alimentația cosmonauților).

Noua știință a pomoterapiei va oferi și în viitor numeroase exemple că fructele — „concentrate solare comestibile“ — sînt surse naturale cu acțiune terapeutică confirmată, care pot fi folosite în scopul apărării sănătății.

Conf. dr. Victor CIREAȘĂ
Institutul agronomic — Iași

CE TREBUIE SĂ ȘTIM DESPRE CORPUL NOSTRU



CREIERUL

După ce în antichitate sufletul a fost considerat a fi răspândit difuz în corp, sau asociat cu o serie de organe abdominale, cu respirația (pneuma), ori vasele sanguine, el a fost localizat de Aristotel în inimă — „acropola corpului” — și s-a apropiat apoi de creier, afirmându-se că funcțiile psihice sînt conținute în ventricolii cerebrali. Abia mai tîrziu, odată cu studiile anatomice prilejuite de autopsii și cu înmulțirea operațiilor pe creier, s-a ajuns la recunoașterea generală a faptului că creierul este organul cu care gîndim, deși încă Hipocrat consemnase — pe baza observațiilor clinice, rolul creierului în exercitarea funcțiilor psihice.

Organ de percepție, coordonare și integrare superioară nervoasă, creierul asigură dezvoltarea funcțiilor și particularităților neuropsihice ale persoanei, împreună cu modalitățile ei de adaptare și comportament social. Totodată, făcînd parte din economia organismului, creierul dirijează metabolismele, glandele endocrine, activitatea cardiocirculatorie, respiratorie și a diverselor viscere, fiind la rîndul lui influențat de toate acestea. Rolurile sale sînt astfel multiple și se desfășoară corespunzător prin intermediul a două mari unități morfofuncționale: sistemul cerebrospinal, sau creierul vieții de relație, de care depinde viața psihică, și sistemul neurovegetativ, care reglează procesele interne de metabolism. Între cele două sisteme există o strînsă interdependență, astfel încît procesele viscerovegetative se răsfrîng asupra manifestărilor psihice și invers.

În esență, activitatea creierului se situează la întretăierea a trei domenii sau nivele structurale: biologic, psihologic și social. Condiționat și interconectat organic și biologic, creierul se exprimă psihologic, adaptîndu-se la lume și societate. Activitatea sa psihică se clădește pe o infrastructură biologică și se integrează într-o suprastructură socială. Există, așadar, un concept tridimensional biopsiho-social la baza valențelor cerebrale.

După această definire sumară a activităților cerebrale — care ne va permite considerații ulterioare de patologie și profilaxie —, vom aborda problema importanței vitale a creierului pentru organism, ceea ce



necesită considerarea și sublinierea rolului viscerovegetativ al encefalului.

În diferite regiuni ale scoarței creierului și în unele structuri subcorticeale (diencefal, mezencefal, formația reticulată) există importante mecanisme de reglare biologică care țin sub control funcții vitale primordiale: circulația, respirația, metabolismul, echilibrul hidro-electrolitic, ca și balanța afectivă instinctiv-emoțională, starea de veghe și somn

și chiar atenția spontană corelată cu dispozitive ale memoriei. Astfel, este limpede că orice lezare mai pronunțată a acestor regiuni cerebrale poate produce suferințe tuturor funcțiilor vegetativo-viscerale și poate contribui la pierderea vigilenței, cu stare de comă mai mult sau mai puțin gravă.

Deci, o leziune primitivă a creierului prezintă adesea un pericol vital.

Printr-un mecanism secundar creierul ajunge să sufere ca urmare a tulburărilor produse inițial în organele viscerale a căror funcție este absolut necesară pentru o activitate cerebrală normală. De exemplu, în alterările inimii și circulației, ale respirației, precum și în disfuncțiile rinichiului, pancreasului sau ficatului creierul suportă toate consecințele unor devieri metabolice cu vicii biochimice, care pot determina, de asemenea, stări de comă — comă vasculară, comă prin insuficiență respiratorie, comă renală, diabetică, hepatică etc. — prin suferință cerebrală secundară.

Tulburările funcțiilor cerebrale, condiționate de factori variați (traumatici, infecțioși, vasculari, toxici etc.), apar așadar fie prin acțiune directă asupra creierului, fie prin acțiune indirectă, prin repercusiunea la nivelul său, a alterărilor provocate primar asupra diferitelor sisteme și viscere.

Semnele prin care se exprimă suferința cerebrală sînt, în afara cazurilor de comă, cele de tip neurologic sau de tip psihic. Leziunile focale, localizate în anumite regiuni ale creierului produc simptome de tip neurologic, ca paralizii, anestezii, tulburări de limbaj, deficite de vedere etc., fenomene care sînt în raport cu suprimarea funcției zonei cerebrale lezate. În schimb, modificările difuze, leziunile globale ale creierului se manifestă de regulă prin tulburări psihice, fără deficite neurologice.

Dar creierul nu suferă numai prin lezarea sa organică, ci și ca suport al psihismului uman și al inteligenței creatoare, el reacționînd sensibil și la influențele de ordin psihic cu care este confruntat. Factorii de natură psihologică, traumatismele psiho-afective, situațiile de încordare psihică și de suprasolicitare intelectuală reprezintă tot atîtea cauze ale unor suferințe psihice cerebrale.

Toți factorii cauzali amintiți mai sus, cei organici (traumatismele, alterările circulației, infecțiile sau intoxicațiile) și cei psihici, nevrozantî, acționează asupra unui creier concret care posedă un trecut și un viitor de care depind practic rezultatele acțiunilor nocive; una este boala cînd creierul se prezintă cu malformații sau alterări congenitale și alta cînd creierul a fost anterior sănătos. În primul caz efectele cauzelor patologice sînt amplificate de alterările preexistente, în al doilea caz, simptomele sînt mai puțin pronunțate. De asemenea, dacă trau-

matismul sau infecția afectează, de exemplu, un creier tînr cu posibilități de refacere sau compensare mari, simptomele au șanse apreciabile de ameliorare, pe cînd în cazul unui creier îmbătrînit viitorul bolii apare cu mult mai întînecat.

Sînt considerente care evidențiază clar atît importanța deosebită a creierului ca organ vital cît și necesitatea profilaxiei bolilor cerebrale.

Păstrarea creierului în stare optimă de activitate constituie una dintre condițiile esențiale ale sănătății umane. Proverbul „Mens sana in corpore sano” nu face decît să sublinieze această veche constatare.

Profilaxia bolilor creierului are în vedere evitarea tuturor noxelor organice și psihice. Este necesar astfel să se prevină traumatismele cerebrale, infecțiile meningocerebrale, sifilisul, intoxicațiile, bolile vasculare, ateroscleroza, bolile diferitelor viscere care, netratate, pot avea un răsunet cerebral nociv. Din acest punct de vedere subliniem importanța profilaxiei aterosclerozei, hipertensiunii arteriale, obezității, diabetului, precum și necesitatea de a lupta contra abuzului de alcool și de medicamente, a tabagismului, care prezintă în grade variate riscuri potențiale ori consecințe lezionale certe pentru creier.

Cruțarea acestui organ vital presupune însă și o profilaxie a factorilor nocivi de natură psiho-socială, realizată prin ameliorarea temperamentului morbid (în cazul unor predispoziții ereditare cerebrale patologice) și prin adoptarea celor mai corespunzătoare condiții de viață și activitate pentru creierul copilului respectiv.

Educația școlară și în familie va contribui la dezvoltarea rațională a sănătății psihice și mintale prin imprimarea și adoptarea unor reguli de igienă mintală. Pregătirea pentru muncă prin muncă va avea în vedere respectarea unor ritmuri potrivite, evitarea surmenajului, a accidentelor profesionale și suprasolicităților, aplicîndu-se măsuri de educație sanitară în mediul profesional. Asigurîndu-se creierului condițiile unei dezvoltări nestînjinite, manifestările psihice ale omului vor dobîndi garanția desfășurării lor creatoare și multilaterale, evitîndu-se dezechilibrele mintale se va favoriza mărirea duratei de muncă intelectuală eficientă odată cu creșterea duratei medii de viață și diminuarea problemelor de sănătate mintală ridicate de instalarea bătrîneții. Deși odată cu înaintarea în vîrstă performanțele creierului scad și celulele neuronale se răresc, printr-o viață rațională și activă se poate prelungi la maximum un randament intelectual cerebral normal.

Ceea ce caracterizează regimul igienic de cruțare psiho-organic al creierului este depinderea timpurie cu activitatea intelectuală

și munca susținută în alternanță cu odihna activă și indeletnicirile variate, atrăgătoare. Cultivarea minții constituie cel mai bun tonic al funcționării creierului, excluzând recurgerea la medicamente reputate psihotone, de cele mai multe ori total lipsite de eficacitate.

Nu considerăm necesar să insistăm în plus asupra importanței psihoprofilaxiei și a prezervării intacte a activității creierului, întrucât acest organ vital reprezintă pentru om condiția indispensabilă a conștiinței demnității umane; el este organul care, analizându-se pe sine însuși descoperă pe alții, cunoaște lumea și o transformă.

Conf. dr. Radu BULANDRA
I.M.F. — București

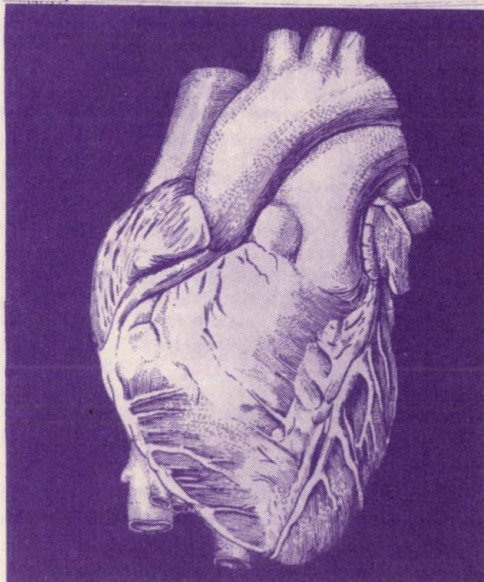
INIMA

Funcționând ca o pompă, aspirând sângele din sistemul venos și împingându-l în sistemul arterial și capilar, inima asigură astfel circulația sângelui în organism, nutriția tuturor celulelor și țesuturilor „spălarea” acestora de substanțele de deșeu, care iau naștere din activitatea lor metabolică. Cantitatea de sânge pe care inima o împinge în arborele circulator în interval de un minut — debitul cardiac — este în condiții de repaus de 5—6 litri pe minut, iar în eforturi maxime de peste 15—20 de litri pe minut. Această adaptare a inimii la efort, impusă de cerințele crescute de substanțe nutritive și oxigen, se face îndeosebi pe seama creșterii presiunii cu care mușchiul cardiac apasă pe sângele din cavitățile ventriculare, expulzându-l cu fiecare ciclu cardiac. La reglarea funcției de pompă a inimii, la punerea acesteia în concordanță cu nevoile circulatorii ale diferitelor organe participă o multitudine de factori, printre care: sistemul nervos vegetativ simpatic și parasimpatic, sistemul endocrin, și îndeosebi medulara glandei suprarenale, precum și o serie de factori locali care dețin sub controlul lor închiderea și deschiderea arteriolelor, capilarelor și venulelor și care, în ansamblul lor, alcătuiesc microcirculația, cu rol hotărâtor în ajustarea irigației țesuturilor cu sânge, în funcție de nevoi. Dar la reglarea debitului circulator participă însuși mușchiul cardiac, care, până la o anumită limită critică, își crește forța de contracție pe măsură ce fibrele care-l alcătuiesc sînt întinse, în cursul umplerii diastolice ventriculare. Cu alte cuvinte, cu cît umplerea ventriculară este mai mare, cu atît cavitățile ventriculare se dilată mai mult și forța de contracție a miocardului este mai mare, crescînd capacitatea inimii de a pompa, cu fiecare bătaie,

o cantitate mai mare de sânge. Așa se explică posibilitățile organismului uman de a efectua, în funcție de antrenament, o gamă largă de eforturi fizice — de la cele mai mici și pînă la cele impuse în sportul de performanță.

Dar aceste date succinte ale funcției cardiace se referă la omul normal. În vastul domeniu al patologiei cardiovasculare, reducerea funcției de pompă a inimii și apariția consecințelor care derivă din aceasta este determinată de un număr considerabil de factori, care condiționează instalarea unei stări morbide, denumită științific insuficiență cardiacă. În mod cu totul generic, prin insuficiență cardiacă se înțelege incapacitatea inimii de a face față nevoilor metabolice ale celulelor, țesuturilor și organelor, adică de aprovizionare a acestora cu oxigen și substanțe nutritive, precum și degajarea lor de metaboliți inutili, care trebuie eliminați pe diferite căi. Să luăm ca exemple eventualitățile cele mai frecvente, în care funcția de pompă a inimii scade, ceea ce duce la apariția unor tulburări circulatorii care au drept consecință apariția simptomelor și semnelor ce constituie, în ansamblul lor, sindromul insuficienței cardiace: senzația de „sete de aer” (dispnee), senzația de oboseală fizică (adinamie, astenie), reținerea de apă și săruri în țesutul conjunctiv lax, care se găsește în special în hipoderm (edeme), creșterea de volum a ficatului (hepatomegalie) și a presiunii sîngelui din vene (turgescența venelor, și în special a celor jugulare), scăderea cantității de urină eliminată în 24 de ore (oligurie), precum și alte simptome și semne.

Cauza cea mai frecventă a reducerii funcției de pompă a inimii este reprezentată de



scoaterea din funcție a unei părți din miocardul ventricular contractil (în special cel sting), fenomen ce are loc mai ales în cardiopatia ischemică și infarctul miocardic, suferințe ale mușchiului cardiac provocate de binecunoscuta ateroscleroză coronariană. Scoaterea din funcție a unei părți din miocardul ventricular contractil, în eventualitățile menționate, ca și în alte circumstanțe (miocardite, cardiomiopatia congestivă) are drept consecințe imediate scăderea forței cu care mușchiul cardiac apasă pe sângele din cavitățile ventriculare și expulzia incompletă, în arborele circulator, a cantității de sânge care a umplut cavitățile ventriculare în timpul diastolei. Rămânerea unei cantități de sânge în ventricole, după contracția sistolică a acestora sau, în termeni tehnici, creșterea volumului rezidual sistolic, atrage după sine creșterea presiunii singelui din cavitățile ventriculare, în timpul diastolei, care se repercutează asupra presiunii acestuia din atrii, venele pulmonare și venele sistemului cav superior și inferior. Sângele se acumulează încet, încet în organele care se găsesc înăpoia cavității ventriculare insuficiente, generând o parte din simptomele și semnele insuficienței cardiace. Astfel, incapacitatea ventricolului sting de a expulza, cu fiecare contracție, întreaga cantitate de sânge în circulația sistemică (sistemul aortic) face ca o parte din sânge să se acumuleze în plămâni, crescând rigiditatea acestora și travaliul respirator, ceea ce dă bolnavului senzația „setei de aer”, respectiv dispneea de diferite grade (de efort, de decubit, paroxistică nocturnă, edem pulmonar acut cardiogen). Incapacitatea ventricolului drept de a expulza întreaga cantitate de sânge (pe care o primește în diastolă din venele cave) în artera pulmonară este urmată de acumularea singelui, îndeosebi în sistemul cav inferior, având drept consecință creșterea de volum a ficatului, un mare rezervor de sânge, care, în asemenea situații, poate reține peste 1—2 litri de sânge, pe care-l sustrage din circulație, ușurând astfel munca inimii. În același timp, creșterea presiunii singelui din ventricolul drept, atriiul drept și venele cave este răspunzătoare de turgescența venelor jugulare și de creșterea presiunii singelui din capilare, factori care contribuie la instalarea edemelor. Scăderea debitului cardiac determină, pe de altă parte, o irigare insuficientă a rinichiului cu sânge. Consecința: perturbarea asigurării echilibrului apei și electroliților (controlul aportului și eliminării apei și sării). Rinichiul nu mai elimină în ritm normal excesul de apă și sare, care, acumulându-se în țesutul interstițial, determină acea umflare, în special a membrilor inferioare, cu tendință de generalizare (edemele) pe măsură ce cantitatea de apă și sare reținută în organism crește, putând ajunge la zeci de kilograme.

Relativ asemănător modelului descris mai sus, o multitudine de alte boli, sindroame și condiții patologice pot determina sindromul insuficienței cardiace, bineînțeles cu unele particularități în ceea ce privește mecanismul de producere și manifestările clinice de bază ale acestora. Este vorba de hipertensiunea arterială, boală care netratată la timp supra-solicită permanent, timp de zeci de ani, miocardul ventricular sting, căruia îi slăbește forța de contracție. Este așa-numita solicitare de presiune, înfilnită și în stenoza aortică, îmbolnăvire a valvelor sigmoide aortice, de cele mai multe ori de natură reumatică. Dealtfel, toate defectele importante ale aparatului valvular al inimii (stenoza mitrală, insuficiența aortică, insuficiența mitrală și altele) în evoluția lor sfârșesc prin instalarea sindromului de insuficiență cardiacă. Pe plan terapeutic, din punct de vedere practic, orice bolnav care prezintă un sindrom de insuficiență cardiacă cronică trebuie să cunoască, ca și medicul curant, care sînt elementele terapeutice de bază ale acestui sindrom. Evident că îndepărtarea cauzei care l-a produs este măsura terapeutică ideală, dar aceasta este posibilă într-un număr relativ limitat de cazuri (tratarea energetică a hipertensiunii arteriale, corectarea chirurgicală a cardiopatiilor valvulare, prevenirea infecției reumatice etc.). Dat fiind numărul foarte mare de hipertensivi și potențialul binecunoscut al acestei boli de a genera sindromul de insuficiență cardiacă, în stadiul ultim de evoluție al acestuia (de visceralizare), tratamentul energetic, susținut, permanent și bine condus al hipertensiunii arteriale reprezintă mijlocul principal care previne insuficiența cardiacă, la această categorie de bolnavi. Orice hipertensiv trebuie să știe că la capătul evoluției acestei răspindite boli se află, printre altele, și sindromul insuficienței cardiace.

Tratamentul curativ al insuficienței cardiace congestive cronice constituite urmărește trei obiective esențiale: creșterea forței de contracție a mușchiului cardiac insuficient, prin administrarea după prescripțiile medicului a preparatelor digitale, de cele mai multe ori pe viață; îndepărtarea excesului de apă și electroliți prin administrarea de medicamente diuretice, după programul stabilit de medic; instituirea, de cele mai multe ori pe viață, a regimului desodat și, eventual, înlocuirea sării de bucătărie cu sarea fără sodiu. La aceste măsuri terapeutice se adaugă limitarea eforturilor fizice, de la caz la caz, în funcție de toleranța inimii la efort. Tratamentul cu preparate digitale, crescînd forța de contracție a miocardului ventricular, crește debitul cardiac, înlăturînd cele două consecințe principale ale scăderii funcției de pompă a inimii, și anume acumularea de sânge în plămîni și ficat și tulburările

clinice care decurg din aceasta (dispneea, hepatomegalia, hipertensiunea singelui din sistemul venos și capilar). Pe de altă parte, creșterea debitului cardiac este urmată de o irigare mai bună a rinichiului cu sînge, de anularea efectului de retenție de apă și sare de către acesta în organism și de reducerea edemelor. Tratamentul cu diuretice, crescînd eliminarea de apă și sodiu din organism, scade volumul sanguin și, prin aceasta, munca inimii, care lucrează astfel cu o cantitate mai mică de sînge. În același timp, tratamentul diuretic (cu Furosemid, Furantril, Ufrix, Nefrix, Edecrin, Ederen etc.) înlătură repede edemele și, folosit în mod cronic, previne reinstalarea lor. Regimul fără sare, obligatoriu în tratamentul insuficienței cardiace cronice, previne acumularea de apă și sodiu și consecințele acesteia. Bolnavul trebuie să știe că și în condițiile respectării dozelor și ritmului de administrare de preparate digitalice și de diuretice, o alimentație cu un aport crescut de sare de bucătărie, de peste 3 g pe zi, atrage după sine scăderea eficacității tratamentului tonicardiac și diuretic și persistența, cel puțin în parte, a simptomelor și semnelor de insuficiență cardiacă. Este de reținut că un bolnav care consumă peste 10 g de sare, timp de 24 de ore, anulează complet efectele terapeutice benefice ale digitalicelor și diureticelor. În ceea ce privește efortul fizic, acesta trebuie pe cît posibil evitat sau redus la minimum necesar, deoarece continuarea supra-solicitării funcției de pompă a inimii se repercutează și asupra rezervei capacității de contracție a mușchiului cardiac, care se reduce progresiv, pe măsură ce efortul fizic crește. Gradul și categoria de eforturi fizice permise bolnavilor cu insuficiență cardiacă se stabilesc de către medicul cardiolog, în colaborare cu medicul expert, în eventualitatea că aceștia pot continua activitatea productivă.

Conf. dr. Gheorghe MOGOȘ
I.M.F. — București

FICATUL

Organ unic ce reprezintă cel mai voluminos viscer din organism, la adult cîntărind aproximativ 1500 g, ficatul este situat intraabdominal, în etajul superior, în dreapta, imediat sub diafragm. La suprafață este învelit de peritoneu care formează o capsulă conjunctivă în jurul său, din care se desprind numeroase prelungiri sub forma unor pereți subțiri ce se întretaie, limitînd în interior lobului hepatici, fiecare de mărimea unui grăunte de mei.

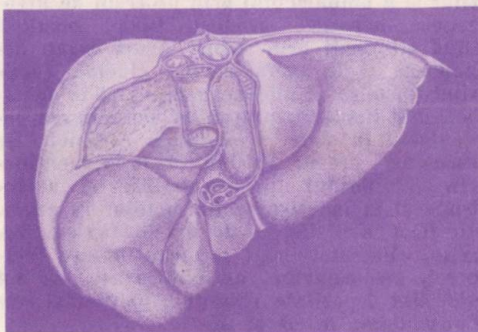
Cea mai importantă zonă a ficatului este fața inferioară pe care se află hilul, loc în

care intră sau ies din ficat vasele sanguine, canalele biliare și nervii. Astfel, prin hil pătrunde vena portă care, printr-o rețea de capilare, culege sîngele din intestin, încărcat cu produse nutritive absorbite prin mucoasa intestinală, și îl duce în ficat pentru a fi prelucrat. Vena portă se ramifică în acest organ, terminîndu-se sub forma capilarelor sinusoidale din care sîngele se adună în venele centrolobulare și perilobulare de unde intră în circulația sanguină generală prin vena cavă superioară. Tot prin hil intră artera hepatică care aduce sînge oxigenat și nervii ce inervează celulele hepatice grupate în lobulul hepatic.

Lobulul hepatic conține, pe lângă capilarele sinusoidale, cordonane radiare de celule hepatice denumite hepatocite, care delimitează între ele spații înguste (canaliculele biliare intralobulare), care se varsă în canale mari perilobulare. Acestea din urmă, la rîndul lor, sînt colectate de canalul hepatic prin care bila părăsește ficatul. În canalul hepatic se varsă canalul cistic care aduce bila de la vezicula biliară; prin unirea canalului hepatic cu cisticul se formează canalul coledoc care, prin sfincterul Oddi, se deschide ritmic în duoden.

Prin poziția sa ficatul poate fi comparat cu o ecluză sau cu un stăvilor; el culege din intestin lichidele și alimentele ingerate, iar apoi le repartizează în toate compartimentele organismului — vase sanguine, spații intra și extracelulare —, asigurînd astfel echilibrul hidroelectrolitic și volumul sanguin.

De asemenea, prin funcțiile sale — metabolică și antitoxică, precum și prin cea de excreție a bilei, ficatul reprezintă „laboratorul central” care menține echilibrul metabolismului general al organismului normal. Acest rol explică de ce înlăturarea experimentală sau îmbolnăvirea gravă a acestui viscer unic cu rol vital duce la insuficiență hepatică, incompatibilă cu viața. Ficatul nu a putut fi încă transplantat de la om la om sau de la animal la om, cum s-a reușit cu inima sau cu rinichiul, iar în insuficiența hepatică gravă nu s-a putut pune la punct un ficat artificial. Din fericire, celulele hepatice, în



parte distruse, au o mare capacitate de regenerare, astfel încât multe boli grave ale ficatului se pot vindeca sau cele cronice pot fi oprite în evoluție. Prin aceasta ficatul se deosebește de alte țesuturi, spre exemplu, de cel nervos, în care neuronii, o dată distruși, nu se mai refac niciodată, lezarea nervoasă fiind ireversibilă.

Funcțiile ficatului sînt multiple, fiind asigurate în special de hepatocite, și, în mai mică măsură, de alte componente hepatice: vase limfatice, țesut reticulohistiocitar, nervi.

Funcția biligenetică constă în secreția și excreția bilei, în cantitate de 500—1 000 ml zilnic. Bila este formată din apă, săruri minerale și biliare, pigmenți biliari, colesterol, mucus. Uneori colesterolul precipită sub forma de calculi, rezultînd litiaza biliară. Calculii se formează în vezica biliară, dar pot migra în canalul coledoc, provocînd colica biliară și obstruarea canalului. Prin oprirea scurgerii bilei în intestin rezultă icterul mecanic, care se vindecă de obicei după intervenție chirurgicală prin care se înlătură „pietrele“. Bila are rol în eliminarea din organism a pigmenților biliari, formați continuu în sînge, ca produși de dezintegrare a hemoglobinei din globulele roșii. Secreția bilei este continuă, dar pătrunderea în duoden este intermitentă. Bila este înmagazinată și concentrată în veziculă și este eliberată în intestin mai ales în cursul meselor, deci în perioadele digestive. Sărurile biliare ajunse în intestin odată cu bila aural în digestia și absorbția grăsimilor.

Funcția metabolică și detoxifiantă, exercitată asupra tuturor substanțelor nutritive, precum și asupra apei, a sărurilor minerale și a vitaminelor are o mare importanță. În metabolismul proteinelor, ficatul intervine prin sinteza de albumine și globuline (ultimele fiind substratul anticorpilor care apără organismul de unele boli infecțioase), precum și sinteza unor factori esențiali ai coagulării sîngelui, cum sînt fibrinogenul și protrombina. În lipsa acestor factori se produce hemoragii de mare gravitate.

Ficatul intervine în detoxifierea aminoacizilor și a amoniacului prin procesul de ureogeneză hepatică, produșii toxici rezultați fiind eliminați prin urină. Acest organ acționează și în metabolismul glucidic (activînd glicoliza și gliconeogeneză) și în metabolismul lipidelor, prevenind acumularea periculoasă în sînge a corpurilor cetonice. De asemenea, are un rol important în menținerea echilibrului hidroelectrolitic și acidobazic și în inactivarea hormonilor în exces. În ficat sînt inactivate unele toxice exogene, alimentare sau medicamentoase (ciuperci, medicamente, antibiotice etc.) și tot aici sînt depozitate vitamine, în special cele liposolubile: A, D și K.

Dereglaarea funcțiilor ficatului se poate produce ca urmare a numeroase boli hepatice acute sau cronice. Dintre cele acute cea mai frecventă este hepatita epidemică (hepatita acută virală). La aproximativ 10 la sută dintre bolnavi hepatita acută cu virus B se poate complica cu hepatita cronică sau, mai rar, cu ciroza hepatică. Abuzul îndelungat de alcool sau de medicamente poate duce, de asemenea, la hepatită cronică și ciroză. Tumorile benigne sau maligne (cancerul hepatic) determină, de asemenea, dereglarea funcțiilor ficatului.

Manifestările clinice principale ale îmbolnăvirii ficatului sînt: icterul, hipertensiunea portală și insuficiența hepatică de diferite grade.

Icterul poate fi „hepatic“, ca în hepatita virală, sau „mecanic“, prin obstrucție, cum se întîmplă în litiaza biliară sau în tumori. De obicei icterul hepatic se vindecă cu tratament medical, iar cel mecanic prin intervenție chirurgicală.

Hipertensiunea portală se instalează în ciroza ficatului, ca urmare a înlocuirii progresive a țesutului hepatic cu țesut scleros, apărînd ascita („apă în burtă“), varice esofagiene, hemoroizi, edeme ale membrelor inferioare. Splina se mărește și atacă globulele sîngelui, provocînd anemie, leucopenie și trombocitopenie, urmate de hemoragii și infecții secundare.

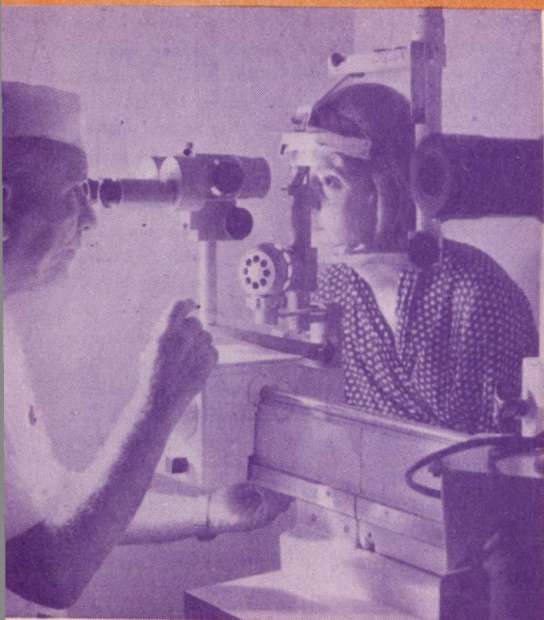
Bolile hepatice severe, mai ales ciroza, se pot complica cu insuficiența hepatică, inițial compensată, fără multe simptome; cînd distrugerea țesutului hepatic depășește 75 la sută din totalitatea sa se instalează coma hepatică, ca urmare a prăbușirii tuturor funcțiilor hepatice, de obicei mortală, prin intoxicarea creierului și a țesuturilor cu substanțe nemetabolizate de ficat și prin apariția hemoragiilor grave.

Ficatul avînd rol vital în buna funcționare a organismului, trebuie să se acționeze insistent pentru evitarea bolilor hepatice, pe primul plan situîndu-se atît măsurile de igienă ce au drept scop prevenirea hepatitei virale, cît și interzicerea abuzului de alcool și de medicamente hepatotoxice. Litiaza biliară va fi operată imediat ce este diagnosticată.

După îmbolnăvirea de hepatită acută, cronică sau de ciroză, respectarea tratamentului igienico-dietetic și medicamentos indicat de medic duce la protejarea activității ficatului, la stabilizarea leziunii hepatice și, implicit, la prelungirea vieții. În caz contrar, riscul instalării insuficienței și a comei hepatice, cu pierderea vieții, este foarte mare.

Să nu uităm însă că cel mai mare inamic al ficatului sănătos, cu atît mai mult al celui bolnav, îl constituie băuturile alcoolice!

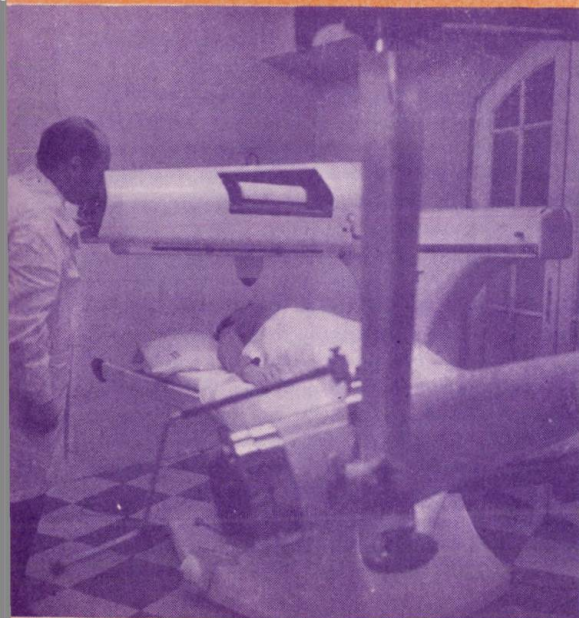
Conf. dr. Mircea ANGELESCU
I.M.F. — București



SPITALUL „COLȚEA“ —

TRADIȚII ȘI CONTINUITATE ÎN OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

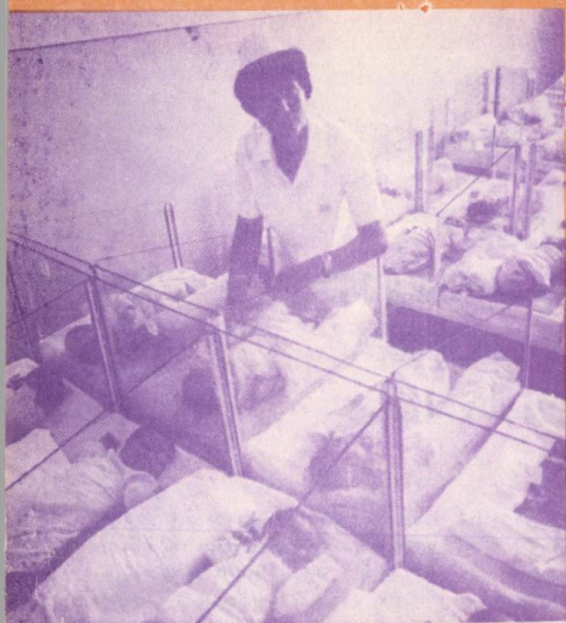
Apreciată astăzi ca un important element de referință în evaluarea contribuției pe care și-o aduce o generație sau o instituție la tezaurul de valori al unei națiuni, istoria oferă posibilitatea dimensionării obiective a acestei contribuții de-a lungul timpului. Este o axiomă care se confirmă și în cazul Spitalului „Colțea” din București, printre puținele unități sanitare din țara noastră, care se poate mândri cu o activitate și un prestigiu nemicșorat pe parcursul celor 275 de ani de existență.



Începuturi modeste, evoluție continuu ascendentă

Pentru populația Capitalei, Spitalul „Colțea” are semnificații multiple. În primul rînd de ordin arhitectonic, prin prezența mereu vie a impunătorului turn al Colței în imediata apropiere a centrului geografic al urbei, turn care timp de 175 de ani a reprezentat o construcție inedită în peisajul străvechii așezări. În același timp însă, pentru bucureșteni Spitalul „Colțea” semnifică cu nemicșorată forță cea mai prestigioasă unitate sanitară din țara noastră, prin îndelungata ei activitate, prin contribuția care și-a adus-o la dezvoltarea medicinei științifice românești și mondiale, prin participarea neîntreruptă și continuu ascendentă la ocrotirea sănătății populației.

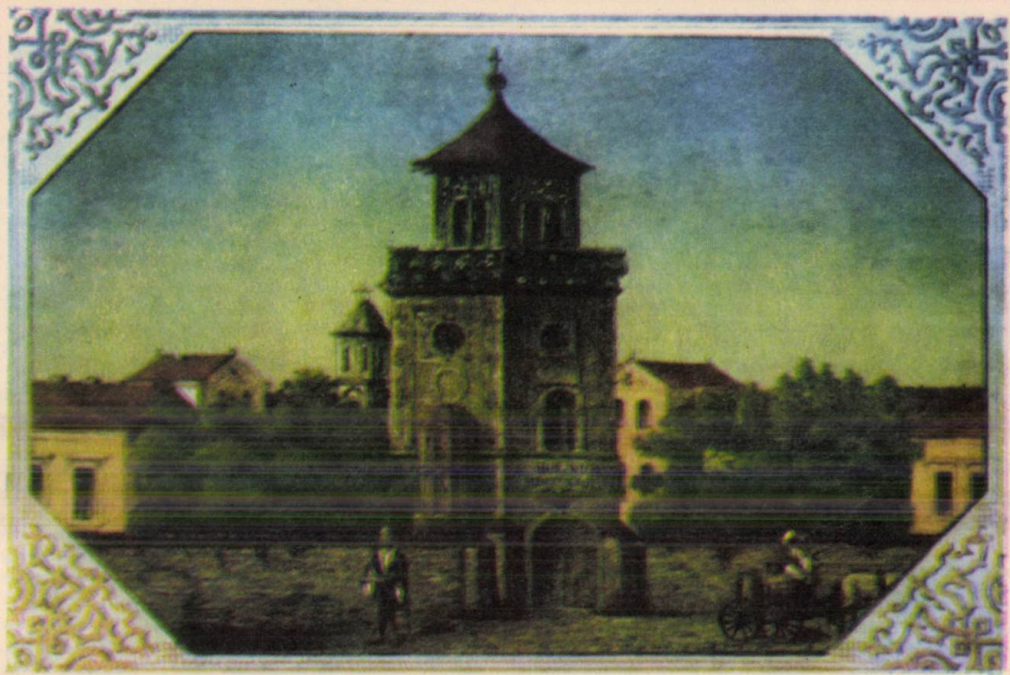
Prestigiul acestui spital, ale cărui începuturi modeste — la 14 decembrie 1704 — cu numai 24 de paturi — au însemnat totuși un moment de cotitură în istoria medicinei românești, reprezentînd primul spital laic din Țara Românească, a crescut în fiecare deceniu din cele 27 de cînd a fost întemeiat. Timpul



și evoluția medicinei au permis ca micul așezământ să beneficieze permanent de atenție și sprijin din partea cîrmuirii, deși abia în anul 1785 se fac la „Colțea” primele încăperi separate pentru convalescenți, din inițiativa domnitorului Alexandru Moruzi, bine orientat asupra necesității dezvoltării asistenței sanitare a populației. Nouă ani mai târziu, în urma unei hotărîri a soției sale, Zoe Moruzi, se construiesc încă 3 odăi pentru „primirea săracilor femei bolnave”, numărul paturilor crescînd la 50. Perioada anilor 1837—1849 se caracterizează prin renovări ale clădirii spitalului și creșterea la 150 a numărului de paturi, iar după Unirea principatelor domnitorul Alexandru Ioan Cuza contribuie la organizarea primului dispensar cu consultații și medicamente gratuite pentru săraci, a primului cabinet de anatomie patologică, a primului laborator central de chimie. Totodată, crește și numărul paturilor; în anul 1888 — la 195, cînd spitalul este reconstruit, modernizat și mărit, luînd aspectul pe care îl are și astăzi; în anul 1899 la 260 de paturi, în anul 1928 la 350 de paturi, iar în anul 1935 la 468 de paturi.

Primate ale medicinei românești realizate la „Colțea”

Dar impunătoarea clădire a spitalului a găzduit nu numai pe cei în suferință, ci și evenimente importante din istoria țării. Aici are loc la 15 iulie 1876 înființarea Societății române de Cruce Roșie, adoptarea statutului și a primului său consiliu; aici organizează Carol Davila, un an mai târziu, prima școală de infirmiere de Cruce Roșie, aici se constituie prima societate a studenților mediciști din țara noastră și tot aici se aplică metode și tehnici noi românești, primate în diferite domenii ale medicinei. Dintre aceste premiere cităm: practicarea narcozei cu eter, în anul 1847, la o amputație de membru inferior, de către Wartiades și Rissdörfer (la numai un an după descoperirea narcozei de Jackson); efectuarea primelor amigdalectomii în țara noastră în anul 1856 de către N. Turnescz, cu un amigdalectom de construcție proprie; abordarea cu ingeniozitate și deosebit simț chirurgical de către C. Dumitrescu-Severeanu, în anul 1869, a marii chirurgii viscerale, precum și construirea de către el, în anul 1896, a primului aparat de radiologie din țara noastră; aplicarea pentru prima dată în lume, de George Asaky, în anul 1886, a suturii nervilor la distanță; practicarea de către Thoma Ionescu, în anul 1897, a rezecției simpaticului cervical, iar un an mai târziu a histerectomiei totale; organizarea primului institut de terapie cancerului prin radium, în anul 1920, de către Amza Jianu; comunicarea de către Aurel A. Babeș, în anul 1927, a noii sale metode de diagnostic a cancerului colului uterin prin froțiuri, publicată peste un an în revista de largă circulație „Presse Medicale”; înființarea, în anul 1941,



de către actualul prof. dr. I. Pavel, a Centrului antidiabetic, inițiativă inedită și cu prioritate pe plan internațional; efectuarea în anul 1951, de către conf. dr. Gh. Litarczek, a primei intubații orotraheale și a administrării de eter în circuit închis; realizarea în anul 1953 a primei comisurotomii mitrale în țara noastră de către Nicolae Hortolomei.

Consemnarea contribuției medicilor și personalului sanitar de la Spitalul „Colțea” ar solicita un spațiu deosebit de mare pentru a-i reda adevărata valoare. Beneficiind de aportul adus la dezvoltarea medicinei românești de către personalități de excepție, în pas cu progresele obținute pe plan mondial, spitalul a avut cinstea ca în incinta lui să-și îndeplinească exemplar menirea de chirurghi Nicolae Krețulescu, Nicolae Turnescu, Constantin Dumitrescu-Severeanu, Thoma Ionescu, Nicolae Hortolomei și Theodor Burgele, internștii Gheorghe Polizu, Al. Marcovici, Gh. Stoicescu, Ion Nanu-Muscel și Bazil Theodorescu, oftalmologii Nicolae și Dumitru Manolescu, dermatologul Ștefan G. Nicolau, anatomistul Francisc Rainer, numeroși alți mari măștri, care, prin știința, capacitatea de creație, dăruirea exemplară cu care și-au îndeplinit umanista profesiune și deosebitele lor aptitudini pedagogice, au fost creatori de școli medicale, de noi generații de specialiști în toate domeniile medicinei.

Răspunderile actuale, pe măsura tradițiilor

La faima și renumele Spitalului „Colțea”, transmise pe parcursul a aproape trei veacuri, s-au alăturat noi și ample succese în anii de după Eliberare, și îndeosebi în ultimii 15 ani, perioadă în care Spitalul „Colțea” a reprezentat pentru cetățenii Capitalei nu numai cea mai vîrstnică unitate sanitară a orașului și a țării, dar și una dintre cele mai operative și eficiente unități din fondul ocrotirii sănătății populației.

Astăzi, prin noua sectorizare a Capitalei, Spitalul clinic „Colțea” a preluat răspunderea asigurării asistenței sanitare a 135 000 de oameni ai muncii din unitățile economico-sociale ale Sectorului 3, precum și a aproape 85 000 de cetățeni de toate vîrstele. După ce în anii 1957 și 1964 a cunoscut creșteri ale numărului de paturi — la 620 și respectiv 705 paturi, cit are și în prezent — în anul 1978, prin mutarea clinicii de oftalmologie la noul Spital clinic al municipiului București, s-a reînființat, după un interval de două decenii, clinica de obstetrică-ginecologie.

În numeroase clinici din cadrul spitalului se întreprind acțiuni de creștere a bazei de diagnostic și tratament la nivelul

cerințelor actuale. De exemplu, în clinica de radiologie-oncologie se extinde secția de curieterapie, se realizează un laborator de tratament cu energii înalte și se dotează cu aparatură modernă laboratorul de izotopi radioactivi. În clinica O.R.L. se prevăd lucrări de modernizare a secției de cofochirurgie și amenajarea unui laborator modern de audiologie vestibulometrică. Clinica de medicină internă a fost dotată cu aparatură de monitorizare a sectorului de terapie coronariană, a explorărilor cardiovasculare și respiratorii. Clinica de chirurgie beneficiază de aparatură la parametrii actuali și de un nou laborator de explorări endoscopice. Modernizări s-au realizat, de asemenea, în spațiile ocupate de laboratoarele de analize medicale și de anatomie patologică, precum și de compartimentele anexe ale spitalului.

Reamenajat și modernizat, localul Dispensarului policlinic „Colțea” găzduiește din acest an Dispensarul policlinic „Chimie”, care asigură asistența medicală a oamenilor muncii din toate unitățile industriale de profil de pe teritoriul municipiului București. Dispensarul policlinic universitar „Vitan”, unitate modernă, construită în ultimii 15 ani, dotată corespunzător și încadrată cu personal de înaltă calificare, asigură asistența medicală ambulatorie a populației din Sectorul 3.

Preocupări actuale și de perspectivă

În centrul preocupărilor organului colectiv de conducere al Spitalului clinic „Colțea” se situează îndeplinirea exemplară a sarcinilor ce revin unităților și personalului sanitar din documentele Congresului al XII-lea al partidului și din programele de sănătate pe termen lung ale Ministerului Sănătății.

O activitate de prim ordin o reprezintă creșterea natalității, depistarea precoce a sarcinii și supravegherea medicală a gravidelor, în acest domeniu existind o valoroasă experiență, până în anul 1980 indicele de depistare a gravidelor în primul trimestru de sarcină depășind 82 la sută.

Un obiectiv de o deosebită importanță îl constituie reducerea morbidității cu incapacitate temporară de muncă prin îmbunătățirea asistenței medicale în întreprinderi și instituții, prin creșterea și diversificarea acțiunilor profilactice și a dispensarizării, prin îmbunătățirea condițiilor de muncă, activitate la care o importantă contribuție își aduc conducerea unităților economico-sociale și organizațiile de masă și obștești din cadrul acestor unități, între care Crucea Roșie are un rol important. În realizarea acestui obiectiv s-au luat măsuri de îmbunătățire și extindere a activității de ambulator prin deplasarea medicilor până la nivelul întreprinderii.

În scopul promovării medicinei omului sănătos, s-a intensificat activitatea profilactică prin forme variate de control periodic clinic al personalului muncitor, prin cercetarea igienico-sanitară a locurilor de muncă, prin intensificarea și perfecționarea educației sanitare și prin instruirea populației în probleme de prim-ajutor. Toate aceste măsuri se realizează printr-o reală și rodnică colaborare cu organizațiile de Cruce Roșie.

Economicitatea actului medical preocupă în egală măsură întregul personal al Spitalului „Colțea”, concretizându-se în acest an prin reducerea duratei medii de spitalizare cu 3,5 zile, a costului mediu pe bolnav cu 50 de lei prin internarea a peste 1 500 de suferinzi în plus față de numărul planificat.

Continuând valoroasele tradiții create pe parcursul celor 275 de ani de existență, toți cei care zi și noapte la Spitalul „Colțea” contribuie la ocrotirea sănătății populației sint hotărâți să traducă în viață politica sanitară a partidului și statului nostru, ridicând la cote mai înalte faima și renumele acestei prestigioase unități sanitare a Capitalei României socialiste.



NOI PRODUSE ORIGINALE ROMÂNESȚI

PENTRU PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL PARODONTOPATIILOR

Îmbolnăvirile cronice ale parodontului, prin frecvența, complexitatea și gravitatea lor au devenit în zilele noastre un adevărat flagel medico-social. Aproximativ 60 la sută din persoanele aparent sănătoase în vîrstă de peste 35 de ani au leziuni cronice parodontale, localizate sau mai întinse, dar în practica stomatologică se înregistrează intervenții chirurgicale și alte forme de tratament.

Problemă de prim ordin, parodontopatiile preocupă pe specialiști de a găsi o metodă eficientă de tratament, de scădere a precarității celor actuale și de îmbogățire a arsenalului terapeutic. În acest context se evidențiază succesele de prestigiu obținute în profilaxia și tratamentul parodontopatiilor, confirmate în confruntări internaționale. Între acestea, menționăm lucrările doctorului **Grigore Osipov-Sinești**, rod al cercetărilor desfășurate timp de peste 40 de ani, pe baza cărora autorul a elaborat o concepție a cauzelor producerii parodontopatiilor și o metodă originală operatorie bazată pe implantele biostimulatori „OS-MINERALE”. Rezultatele terapeutice eficiente demonstrează, prin elemente

clinice, radiologice și biologice, originalitatea metodei și rolul ei în orientarea activității în acest domeniu complex al stomatologiei.

Conform acestei concepții, îmbolnăvirea parodontului, manifestată fie sub forma **parodontopatiilor simptomatice** (de natură inflamatorie, iritativă, toxică, toxico-medica mentoasă), fie sub forma **parodontopatiei esențiale**, cu cauze complexe, fiind expresia locală a perturbărilor organice generale. De aceea, stabilirea diagnosticului corect și a aspectelor parodontopatiei presupune un examen clinic intern, o anamneză corect dirijată, un examen radiologic pe baza căruia se efectuează bilanțul odontoparodontal bimaximal, teste de laborator și un consult medical complex, efectuat de mai mulți specialiști — endocrinolog, cardiolog, alergolog —, pe baza căruia se stabilește precis diagnosticul parodontopatic. În cazul unei parodontopatii simptomatice tratamentul vizează îndepărtarea factorului cauzal și efectuarea unei bune igiene locale, completată cu folosirea după periaj cu o pastă de dinți obișnuită, dimineața și seara, a apei de gură „Ossidenta”.

În cazul diagnosticării unei parodontopatii esențiale, prin tratamentul general aplicat pacientului, se va urmări redresarea și reechilibrarea distoniei neuro-vegetative, care ar favoriza local fenomenele mutației și opoziției minerale, urmînd ca pe terenul organic, scos din starea de apatie vitală, să se asigure în timp consolidarea rezultatelor obținute prin metoda operatorie a doctorului Osipov-Sinești, urmate de tratamente postoperatorii imediate.

Pentru asistența operatorie a parodontopatiilor esențiale,



Centrala industrială de medicamente, cosmetice, coloranți și lacuri produce la Întreprinderea de medicamente „București” implantele biostimulatori „OS MINERALE”, preparate condiționate deproteinizat, avînd numai componenta minerală a osului (calciu, fosfor, siliciu, magnezii și alte minerale) sub formă de carbonați, fosfați.

Implantele biostimulatori „OS MINERALE”, aplicate chirurgical prin introducerea în septurile interalveolare, au roluri multiple și complexe: sub aspect organic general ele stimulează și redresează troficitatea structurilor organice, iar sub aspect local, prin liza, asimilarea, mutația și apoziția masei minerale a implantelor introduse chiar în focarele disbiotrofice parodontopatice esențiale, stimulează troficitatea și vitalitatea structurii parodontale, remineralizarea și recondensarea osului alveolar surprins în degradarea disbiotrofică.

Implantele biostimulatori „OS MINERALE” sînt indicate în parodontopatiile esențiale (cunoscute sub denumirea de parodontopatie marginală cronică progresivă), în parodontoză degenerativă, precum și în parodontopatia simptomatică din diabetul zaharat, cu degradare evolutivă a osului

alveolar. Bune rezultate dau și în diverse stări organice cu hipocalcemii grave, care nu pot fi redresate prin calcioterapia obișnuită, în acest caz biostimulatorul aplicîndu-se prin introducerea hipotermică.

Implantele biostimulatori „OS MINERALE” produse de Întreprinderea de medicamente „București” sînt prezentate în mod steril, gata pentru a fi aplicate în operații, în flacoane de sticlă a 15 implant, atît cît necesită operația unei arcade, precum și în cutii a cîte 2 fiole.

Apa medicinală de gură „Ossidenta” este destinată tratamentului unor manifestări patologice ale mucoasei bucale și ale gingiei, prevenirii diverselor maladii caracteristice acestei mucoase și tratării parodontopatiilor esențiale pre și postoperatorii. Comparativ cu obișnuitele ape de gură, în compoziția cărora intră menta, alcoolul, apa oxigenată și diferite substanțe deodorizante, dar fără acțiune profilactică și terapeutică asupra multiplelor leziuni ce pot apare pe mucoasa bucală, apa medicinală „Ossidenta”, datorită substanțelor din compoziția sa, exercită o acțiune astringentă și dezinfectantă asupra mucoasei bucale inflamate, edemate și cu ulceratii, precum și ulei de mentă pentru ameliorarea gustului.

Datorită proprietăților deodorizante, apa medicinală de gură „Ossidenta” se folosește în combaterea efectelor fermentațiilor fetide bucale, ce apar în cazul unor imperfecțiuni ale protezelor dentare, ale dinților artificiali sau ale unor răni ale cavității bucale. Dar apa medicinală de gură „Ossidenta” are și o acțiune sclerizantă asupra rănilor și ulceratiilor din cavitatea bucală.

Recomandată în gingivita inflamatorie toxică, provocată de gravidie, în stomatite (obișnuite, septice ulcerative și ulceromembranoase) și în procesele parodontopatice evolutive (înainte și după operație), apa medicinală de gură „Ossidenta” se administrează astfel: se toarnă o linguriță de apă de gură în 1/2 pahar cu apă (de preferat caldă) și se clătește gura, dimineața și seara, după periajul dinților cu o pastă obișnuită, cu amestecul rezultat.

Apa medicinală de gură „OSSIDENTA” este produsă de Întreprinderea de medicamente „București”.



AMARA

O STAȚIUNE CU RENAME TERAPEUTIC

Situată în centrul Bărașanului, la 8 km de municipiul Slobozia, la intersecția drumurilor naționale București-Constanța și Buzău-Călărași, stațiunea balneoclimaterică Amara este bine cunoscută pentru calitățile terapeutice ale apei lacului Amara, unul dintre numeroasele lacuri existente în Cîmpia Română.

Principalii factori terapeutici ai stațiunii sînt: **apa minerală a lacului** (sulfată, magneziană, cloruro-sodică și bromo-iodurată), indicată sub formă de băi la vană sau în bazin, duș subacval și irigații vaginale, în boli cronice reumatice și ginecologice, precum și în boli posttraumatice ale aparatului locomotor; **nămolul sapropelic de origine organică**, cu o compoziție minerală complexă, folosit sub formă de onguțiuni reci (efectuate pe plajă, la soare), împachetări (parțiale și generale) și tamponare vaginale, are aceleași indicații ca și apa lacului; **apa minerală de sondă** (sulfuroasă, bicarbonată, sodică, magneziană, hipotonă) folosită în cura internă în boli digestive și endocrino-metabolice.

Cei veniți la cura balneară la Amara beneficiază și de tratament medicamentos, la indicația și sub conducerea directă a medicilor balneologi, iar suferinzii de boli digestive, diabet zaharat și boli endocrine, de regim dietetic pe profilul afecțiunii.

În afară de reumatismul cronic degenerativ, bolile posttraumatice ale aparatului locomotor și unele boli ginecologice (în special sterilitatea feminină), aici beneficiază de tratament și bolile sistemului nervos periferic, precum și bolile anexe afecțiunilor reumatismale, gastro-intestinale, hepato-biliare, de nutriție (diabet zaharat compensat cu obezitate), ale rinichilor și căilor urinare. De asemenea, unele boli de piele, unele boli cronice ale căilor respiratorii, precum și nevroze astenice asociate,

În tot cursul anului o modernă și impunătoare bază de cazare — de peste 2 100 de locuri în modernele complexe sanatoriale ale O.J.T. Ialomița, U.G.S.R. și U.N.C.A.P. — stă la dispoziția celor veniți pentru tratament și odihnă.

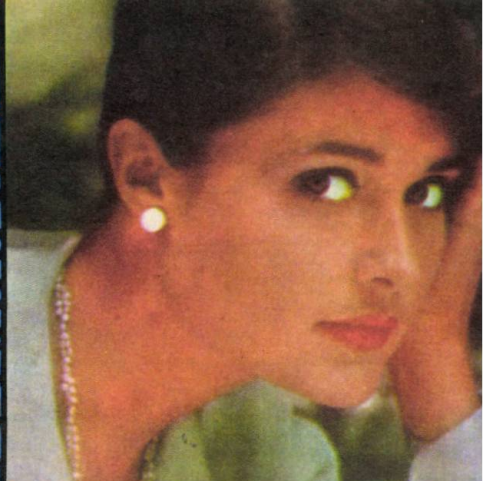
O.J.T. Ialomița vă mai informează:

- în viitorul apropiat, la Amara, se construiește un nou hotel turistic cu 310 locuri.

- reumaticilor care efectuează cura la domiciliu le oferă, contra cost, extract de nămol din lacul Amara.



MEREU FRUMOASE



Un deziderat realizabil cu ajutorul măștilor filmogene „DERMIN”, corespunzătoare tenurii dvs.:

- **Mască emolientă**, cu extracte de sunătoare și mușețel, are acțiune calmantă, antialergică și antiseptică. Este indicată tenurilor deshidratate.

- **Mască astringentă**, cu extracte naturale de roșii, castraveți și nămol sapropelic. Indicată pentru tenuri grase cu porii dilatați.

- **Mască hidratantă**, conține un complex de alge marine. Contribuie la hidratarea și menținerea elasticității pielii.

- **Mască nutritivă**, conține miere de albine și extract hidrosolubil de morcovi. Recomandată pentru toate tipurile de ten.

În anul 1978 i s-a decernat medalia de aur la Concursul internațional INCHEBA de la Bratislava.

- **Mască cu colagen**, conține substanțe cu acțiune cicatrizantă și de regenerare a țesuturilor. Recomandată pentru tenurile acneice.

Măștile de frumusețe „DERMIN”, filmogene — întrucât se desfac de pe față ca o peliculă — sînt realizate de Întreprinderea de produse cosmetice „MIRAJ”-București.

ÎN TOATE COMUNELE ȚĂRII



Cooperația de consum dispune de o rețea dezvoltată și diversificată de unități de prestări care asigură servicii prompte și de bună calitate.

Imaginea alăturată, care surprinde un aspect din activitatea modernei croitorii din comuna Lechința, județul Bistrița-Năsăud, confirmă afirmația.

În aceste unități se execută pe bază de comandă individuală lucrări și servicii de confecții de îmbrăcăminte și încălțăminte, cojocărie, marochinărie, mobilă, tâmplărie, dulgherie, instalații electrice și tehnico-sanitare, frizerie și coafură. De asemenea, lucrări de reparații la îmbrăcăminte, încălțăminte, mobilă, auto, motociclete, biciclete, precum și lucrări de întreținere și reparații la aparate de radio, televizoare și alte bunuri de folosință îndelungată.

Apelînd cu încredere la serviciile unităților de prestări ale cooperației de consum din mediul rural, obțineți servicii prompte și de calitate.

„Paza bună“...

...Se realizează cu maximum de eficiență dacă contractați o asigurare de accidente.

Orice persoană care a împlinit etatea de 16 ani poate contracta o astfel de asigurare de accidente, indiferent de profesiune și de locul de muncă. Dintre evenimentele neprevăzute, pentru urmările cărora se plătesc sumele asigurate corespunzătoare, amintim: lovirea, căderea, alunecarea, prăbușirea de teren, explozia, trăsnetul, acțiunea curentului electric, înecul, degerarea, intoxicația subită, arsura, accidentele produse de funcționarea sau folosirea mașinilor, instrumentelor, sculelor sau armelor, cele întâmplătoare ca urmare a circulației mijloacelor de transport sau din cauza accidentelor întâmplătoare acestora etc.

Asigurarea de accidente se practică în următoarele variante:

● **Asigurarea de accidente pentru sume fixe, totale, de 19 000 de lei**, care se contractează pe durata de 3 luni sau pe durate constituind multiplul acesteia, până la 2 ani. Pe aceeași perioadă se pot încheia una, două sau trei asigurări pentru sume fixe ● **Asigurarea de accidente pentru sume convenite** se contractează pe durate de la 1 la 5 ani; primele se pot achita și în rate. La ambele variante primele de plată se stabilesc în funcție de mărimea sumei pentru care solicitantul dorește să se asigure și de durata contractului (de exemplu, la asigurarea pentru sume fixe, prima de plată este de 15 lei pe 3 luni, iar la asigurarea pentru sume convenite prima de plată este de 3,20 lei pe an pentru fiecare 1 000 de lei din sumele asigurate prevăzute în poliță).

● **Asigurarea familială de accidente** cuprinde, pe lângă asiguratul principal, pe soția acestuia și pe toți copiii, în vârstă de 5 până la 16 ani, la sume totale de 15 000 de lei pentru fiecare persoană. Prima de plată, pentru o durată a asigurării de 3 luni, este de 25 de lei, pentru toate persoanele cuprinse în asigurare.

● **Asigurarea de accidente „Turist”** se recomandă a se contracta cu ocazia efectuării unor deplasări și cuprinde atât cazurile de accidente ale asiguratului, cât și cele de deteriorare sau distrugere a bunurilor casnice și gospodărești ale acestuia lăsate la domiciliu sau luate în deplasare.

Sumele asigurate sînt între 15 000 și 40 000 de lei pentru cazurile de vătămări corporale (în funcție de natura accidentului) și de 20 000 de lei pentru pagubele la bunurile casnice și gospodărești, iar prima de plată este de 15 lei pentru o lună

Asigurările de accidente pentru sume fixe, pentru sume convenite și cele familiale cuprind și pagubele la bunurile casnice și gospodărești, pentru o sumă asigurată de 5 000 de lei de fiecare poliță.

Pentru informații suplimentare și pentru contractarea de asigurări vă puteți adresa responsabililor cu asigurările din unitățile socialiste, agenților și inspectorilor de asigurare sau, direct, oricărei unități ADAS.



ÎN ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR

ÎN CAZUL UNOR RĂNI MICI SAU IRITAȚII ALE PIELII, FOLOSIȚI ÎN FAMILIE SAU ÎN DRUMETIE PANSAMENTUL SPRAY RAPID „NOR”.

PRIN PULVERIZARE SE FORMEAZĂ O PELICULĂ FINĂ, ADERENTĂ ȘI PROTECTOARE, CARE SE ÎNDEPĂRTEAZĂ PRIN SIMPLA SPĂLARE.

PANSAMENTUL SPRAY RAPID „NOR” CONȚINE AGENȚI DEZINFECTANȚI ȘI ULEI DIN FLORI DE MUȘETEL CARE CALMEAZĂ ȘI CONTRIBUIE LA REEPITALIZAREA ȚESUTURILOR PIELII.

PANSAMENTUL
SPRAY RAPID „NOR”
ESTE PRODUS
LA ÎNȚEPRINDEREA
„NIVEA”-BRAȘOV.





PENTRU DIVERSIFICAREA MENIULUI DV. ZILNIC

Întreprinderile de prelucrare și industrializare a peștelui din țara noastră realizează o gamă largă de preparate și semipreparate tip „Gospodina” din macrouri, stavrizi, sardine, crap etc.

● **Pește prăjit** (înfăinat sau pane), fiert în ulei comestibil la 140—160 de grade C.

● **Saramură de pește**, realizată prin coacere pe plită a peștelui decapitat și eviscerat, după care este menținut într-o soluție realizată din apă, boia de ardei, usturoi.

● **Chiftele-crochete** realizate din pește tocat la care se adaugă diferite condimente și verdeață, trecute printr-un amestec de făină, ouă și boia de ardei, apoi prăjite în ulei comestibil la 140—160 grade C.

● **Rasol** preparat din pește fiert într-o soluție realizată din apă, boia de ardei și usturoi, acid citric sau acetic, la care se adaugă legume. Se realizează și ca preparat dietetic, fără condimente.

● **Marinată**, preparată din pește prăjit, la care se adaugă un sos din ceapă de aragic tocată, morcov ras, boia, acid acetic și ulei.

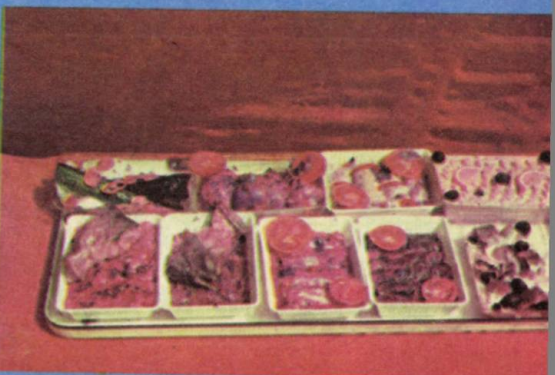
● **Sarmale** (cu foi de varză sau frunze de viță) și **ardei umpluți**, preparate ca și cele cu carne, cu deosebire că se folosește pește tocat.

● **Mîncăruri din pește cu mazăre sau fasole verde**, **plachie de pește**, **iahnie de pește** sau **pește cu varză călită**.

● **Pește înfăinat**: semipreparat, realizat din pește decapitat, eviscerat și desolat, trecut printr-un proces de înfăinare uscată în vederea continuării prelucrării la domiciliu de către consumator.

● **Salată de icre (lapți) și pește**: se toacă și se trece prin mixer peștele, adăugându-i-se icre sau lapți, ulei comestibil, acid citric și gelatină.

Preparatele și semipreparatele de mai sus au ca termen de garanție de la 24 la 72 de ore, cu excepția marinatei, la care termenul de garanție este de 12 zile.

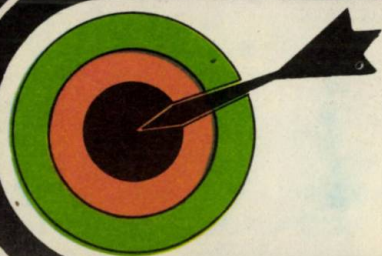


UN NOU PRODUS UTIL ÎN „FARMACIA CASEI“



În migrene, cefalee, bronșite catarale și chiar în stări gripale utilizați „BALSAM NIVEA“.

Folosit prin masare sau simplă inhalare, „BALSAM NIVEA“ are proprietăți moderat revulsive, analgezice locale și antiseptice asupra căilor respiratorii.



„BALSAM NIVEA“ — un produs util în „farmacia casei“, realizat la Întreprinderea „NIVEA“-Brașov.

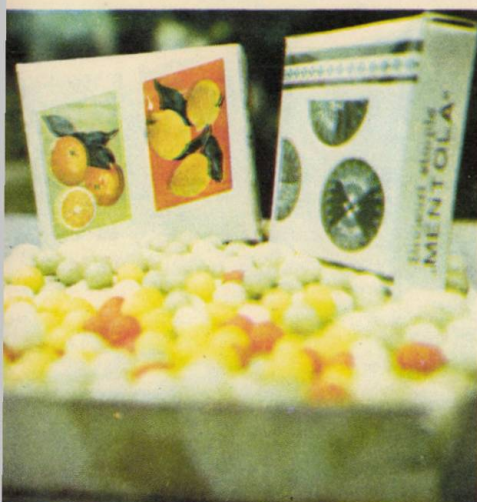
UNGHIILE DEGRADATE ȘI FRIABILE

pot fi regenerate folosind „NORA”, cremă cu lămâie și cu un conținut bogat în ulei de vizon, ulei de Avocado, vitamine și ceruri filmogene.

Crema „NORA”, un produs realizat la Întreprinderea „NIVEA”-Brașov.



3 NOI PRODUSE ZAHAROASE



PENTRU TOATE VÎRSTELE

Industria noastră de produse zaharoase a realizat trei noi sortimente care au trecut cu succes „examenul” în fața consumatorilor. De aceea, vă recomandăm să le solicitați în sectoarele de dulciuri ale magazinelor alimentare și în unitățile cu produse zaharoase.

① **JELEURI CU SPUMĂ DE FRUCTE**, realizate din miere de albine, albuș de ou și gemuri diferite. Sînt constituite dintr-o masă de jeleu simplu și un sufleu de fructe.

② **DRAGEURILE SIMPLE CU DEXTROZĂ**, un reușit înlocuitor al zahărului, ușor asimilabil, indicat îndeosebi copiilor, vîrstnicilor și suferinzilor de boli hepatice. Sînt realizate în două sortimente:

— „**CITRODEX**”, drageuri cu arome de lămîie și portocale, în culoarea naturală a acestor fructe citrice;

— „**MENTOLA**”, drageuri cu aromă de mentă, colorate în verde și alb.

③ **PRAFUL DE CHEC „EXTRA”**, simplu și cu cacao, prezentat în pachete a 500 g. Conține făină, zahăr, praf de ouă, grăsimi hidrogenate și emulgator. Termen de garanție 3 luni.

Și acum, rețeta preparării checului cu praf „Extra” în bucătăria dv.: dizolvați conținutul pachetului în 300 ml de apă caldă și omogenizați bine cu un tel, timp de 3—5 minute. Turnați apoi totul într-o tavă tapetată cu făină și puneți-o la cuptor. Se coace la foc potrivit, timp de o oră.

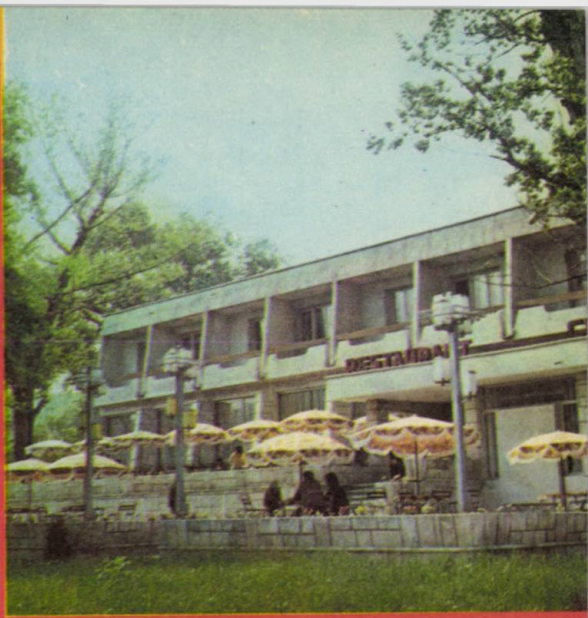
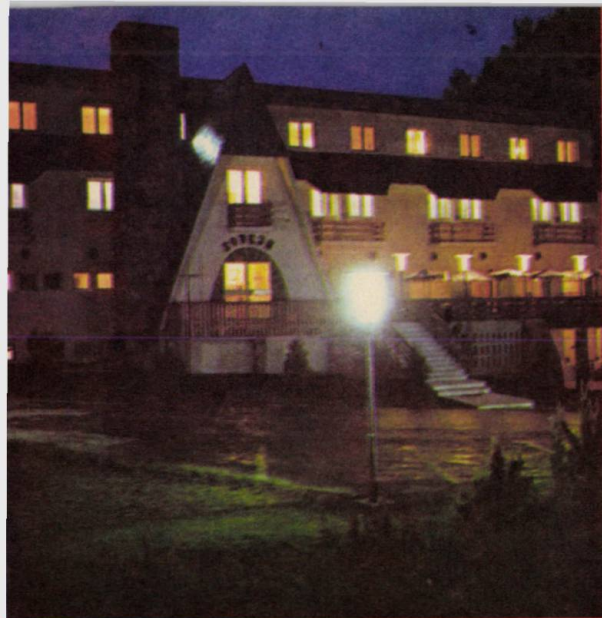


ÎN FIECARE FAMILIE

este necesară o „farmacie a casei”.

În fiecare „farmacie a casei” se recomandă a se găsi noile pansamente sterile «SEPTOPLAST» (pansament cu sulfatiazol) și «ROMPLAST» (pansament cu rivanol).

Pansamentele sterile „SEPTOPLAST” și „ROMPLAST”, produse la Întreprinderea „NIVEA-Brașov”, dezinfectează și protejează rănila mici.



CONFORT, AMBIANȚĂ PLĂCUTĂ, POSIBILITĂȚI DE RELAXARE



Trei condiții pe care le oferă oaspeților unitățile turistice ale cooperației de consum.

În drumeție, în excursie, în concediu sau în vacanță — indiferent de anotimp — apelați deci la serviciile unităților turistice ale cooperației de consum, folosind două posibilități:

- **reținerea locurilor de la Agenția de turism a cooperației de consum**, cu sediul în holul casei de bilete nr. 2 a Sălii Palatului Republicii Socialiste România din București, str. 13 Decembrie nr. 26, telefon 14.52.09;

- **obținerea locurilor direct sau prin telefon de la unitățile turistice unde doriți să fiți găzduiți**. Dintre numeroasele unități turistice ale cooperației de consum, situate în zone deosebit de pitorești, care vă pot fi gazde ospitaliere în orice lună a anului, vă propunem:

- **Hanul „Soveja”** (în fotografia 1), din stațiunea cu același nume, situată în munții Vrancei, la peste 700 m altitudine, care vă asigură condiții foarte bune de cazare, iar restaurantul său vă oferă preparate specifice bucătăriei vrâncene.

- **Hanul „Monteoru”** (în fotografia 2), din cunoscuta stațiune balneoclimaterică cu același nume, situată la 11 km de Buzău și la 8 km de gara Stîlpu, cu numeroase izvoare cu ape minerale — cloruro-sodice, calcice, magneziene, sulfuroase, iodurate, bicarbonatate — și climat de cruțare, recomandată în bolile aparatului locomotor, ale sistemului nervos central periferic, afecțiuni ale tubului digestiv și glandelor anexe, ale rinichilor și căilor urinare (litiază), precum și în afecțiuni ginecologice.

Hanul oferă cazare în camere cu confort modern și în căsuțe tip camping, precum și serviciile unui complex de alimentație publică — restaurant, crămă și cofetărie.

- **Hanul „Tibiscum”**, situat la intrarea în orașul Caransebeș, pe malul râului Timiș, un minunat loc de popas și de vacanță, oferă o cazare confortabilă în cele 36 de camere cu câte 2 paturi și în cele 10 căsuțe tip camping, precum și spații pentru instalarea corturilor și parcare autoturismelor.



MENTINEREA SĂNĂTĂȚII PIELII ȘI PĂRULUI



O problemă simplificată prin folosirea celor șase noi săpunuri medicinale — „Gudron de fag“, „Gudron sulf“, „Ichtiol“, „Formol“, „Borax“ și „Sulf“.

Produse la Întreprinderea „NIVEA“ — Brașov; noile săpunuri medicinale combat inflamații ale pielii, acneea, diferite eczeme capilare și seboreea.



TERAPII

TRADIȚIONALE

Problema mereu actuală a necesității de a se revizui și îmbogăți periodic arsenalul terapeutic — insistându-se în special asupra limitării folosirii substanțelor medicamentoase și folosirii cu prioritate a metodelor care stimulează forțele proprii de apărare ale organismului — a determinat reactualizarea, pe baze noi, științifice, a unor terapii tradiționale, mult timp date uitării. Printre acestea un loc important îl ocupă apiterapia, adică tratamentul prin produse apicole, cum sînt mierea, propolisul, polenul, păstura, lăptișorul de matcă, veninul și ceara de albine.

În ultimul deceniu, în țara noastră, pe baza unei metodologii moderne, au fost obținute date asupra compoziției chimice a unor produse apicole — propolis, polen, lăptișor de matcă, care au reținut atenția clinicienilor de diferite specialități din numeroase țări.

Este meritul cercetătorilor români în domeniul apiculturii și al unor valoroși medici de diferite specialități din țara noastră, astăzi cu experiență clinică de apiterapeuți, de a fi adus noi date despre valorile terapeutice ale produselor apicole.

Organizarea în anul 1975, la București, a primului sector medical de apiterapie din lume, sub conducerea Institutului internațional de tehnologie și economie apicolă al

Apimondiei și al Institutului de cercetări pentru apicultură din țara noastră, a dat un nou impuls apiterapiei științifice. În cadrul acestui sector medical funcționează cabinete de consultații pentru medicină internă, reumatologie, endocrinologie, dermatologie, chirurgie, O.R.L., oftalmologie, stomatologie, o secție de cosmetologie și un punct farmaceutic.

Prezentăm cititorilor cîteva opinii privind activitatea de apiterapie din țara noastră.

Prof. dr. ing. V. HARNAJ: președintele Apimondiei : Numărul și gama produselor apicole cresc în prezent în raport direct cu nivelul tehnologiilor aplicate, dar mai ales cu cel al nivelului de trai al oamenilor. Sunt țări în care de la albine se folosește numai mierea.

În alte țări ca și la noi se folosesc: mierea, ceara, polenul, păstura, lăptișorul, propolisul, veninul, iar mai recent, ca o reintoarcere la natură, se apelează și la proteina animală furnizată de albine (larve).

Acordind o deosebită atenție apiterapiei, Apimondia i-a rezervat în cadrul ultimelor sale 8 congrese internaționale de apicultură ședințe speciale, iar cu ocazia Congresului de la Moscova s-a organizat un simpozion de apiterapie. Ca urmare a interesului mereu mai mare pentru apiterapie, în anul 1974 a avut loc un simpozion la Madrid, în anul 1976 la București, iar în anul 1978 la Portoroz (Iugoslavia), lucrările prezentate fiind cuprinse în 3 volume, tipărite în limbile franceză, engleză, germană, spaniolă, rusă și difuzate de „Apimondia” în toate țările lumii.

Mergînd pe linia adîncirii studiilor, numai pentru propolis s-au organizat trei simpozioane, iar lucrarea „Propolisul”, apărută în Editura Apimondia, reprezentînd o culegere din referatele prezentate la aceste manifestări, a apărut pînă în prezent în trei ediții.

Preocupările Apimondiei pe plan internațional în domeniul apiterapiei au stimulat inițiativele din diferite țări. Astfel în Franța s-a constituit o societate de apiterapie care a organizat în 1979 primul său simpozion, iar în acest an pe al doilea, în cadrul Congresului național al apicultorilor francezi. Din anul viitor se vor organiza și „Zile internaționale de apiterapie”. Acțiunile în acest domeniu sînt în continuă desfășurare, după

exemplul țărilor cu experiență în domeniul apiterapiei, cum sînt Uniunea Sovietică, Iugoslavia, Bulgaria și România.

Înființarea în anul 1974 a Centrului medical de apiterapie de la București, ca unitate metodologică-pilot pentru această nouă și interesantă ramură a medicinei, a contribuit la dezvoltarea cercetării științifice, a cunoașterii eficienței produselor apicole în beneficiul apărării sănătății oamenilor.

Conf. dr. doc. Cornelia PĂUNESCU: Rezultatele obținute în afecțiunile O.R.L. sînt dintre cele mai bune.

Analizînd succint datele care se desprind din cele 1 672 de consultații efectuate de la 1 ianuarie 1979 la 1 iunie 1980, se poate concluziona că peste 74 la sută au constituit-o inflamațiile cronice ale căilor respiratorii și digestive superioare. Dintre acestea, 37,1 la sută au fost reprezentate de rinofaringite, dintre care 13,7 la sută de rinosinuzite, 11,9 la sută rinofaringolaringite (asociate uneori cu diverse forme de traheobronșită), 6,4 la sută de rinofaringoamigdalite, iar 5,1 la sută de rinoadenoidite.

Dintre afecțiunile urechii semnalăm otitele medii catarale și supurate cronice și cele externe eczematose, precum și alte afecțiuni însoțite de diverse grade de surditate, cum sînt neurolabirintozele toxice (apărute după tratamente abuzive cu antibiotice, efectuate în special în primii ani de viață), sechelele otitelor medii supurate sau ale unor traumatisme pe ureche, otoscleroza degenerativă sau datorită vîrstei.

Produsul apicol cel mai frecvent folosit în tratarea afecțiunilor citate a fost propolisul: are reale proprietăți bactericide și bacteriostatice, cicatrizante și stimu-

lante ale forțelor de apărare ale organismului.

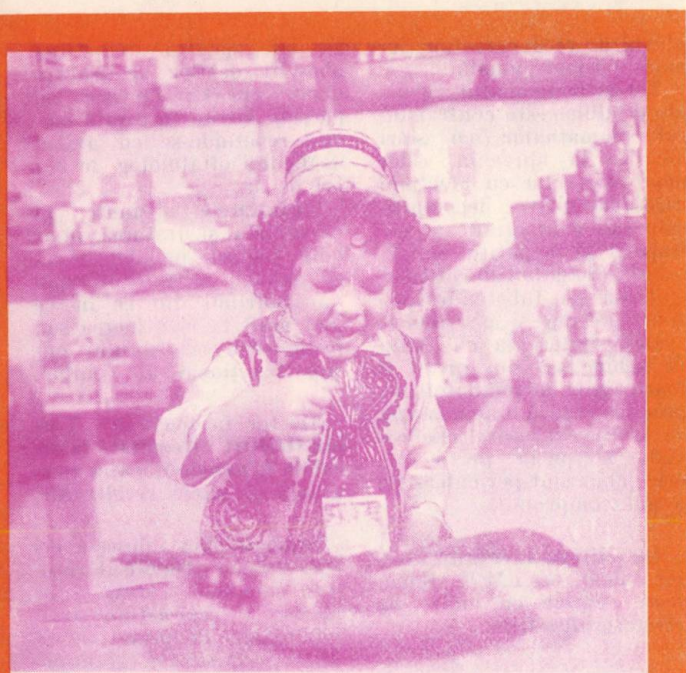
În rinosinuzite și faringo-laringite, propolisul se administrează sub forma preparatelor Propoheliant (instilații nazale), Proporinol (pomadă nazală), tampona nazale, pensulații faringiene sau aerosoli, apa de gură „Floral” (gargarisme), tablete și siropuri cu Propolis (special realizate pentru adulți și copii), Proposept (aerosoli), toate cu efect decongestionant, dezinfectant și tonifiant al mucoaselor (nazală, sinuzală, faringiană și laringiană), precum și fluidifiant al secrețiilor și crustelor, a căror eliminare o facilitează.

În otitele medii congestive și supurate folosim diferite soluții și preparate cu propolis asociate cu dezinfecția nazofaringiană prin Propoheliant sau Proporinol, iar în otitele externe, pensularea tegumentelor conductelor auditive cu preparatul O.R.L. II.

Dar în toate afecțiunile amintite apiterapia locală trebuie totdeauna completată cu un tratament general cu produse apicole: miere (simplă sau propolizată — 2—5 la sută), polen în grănule sau sub formă comprimatelor (Energin sau Polenapin), lăptișor de matcă liofilizat (sub formă de comprimate) sau asociat cu mierea, tinctura de propolis sau alte preparate farmaceutice (Melcalcin, Meltonin, Polenolecitin, Lecipol), elaborate de un colectiv de cercetători condus de farm. Elena Paloș, în cadrul Institutului de cercetări pentru apicultură, în care produsele apicole sînt asociate atît între ele cît și cu calciu, vitamine sau lecitină.

Tratamentele se aplică în mod diferențiat, în funcție de natura și vechimea afecțiunii, vîrsta și starea generală a pacientului.

Rezultatele apiterapiei în afecțiunile O.R.L. sînt dintre cele mai bune, obținîndu-se ameliorări importante și chiar



vindecări în cazuri care nu reacționează favorabil la o serie de metode clasice. Principala condiție a obținerii acestor rezultate o constituie respectarea întocmai de către pacient a prescripțiilor specialistului apiterapeut, a modului de administrare a produselor recomandate și a duratei tratamentului.

Apreciind efectele favorabile ale apiterapiei în afecțiunile O.R.L., consider necesar să subliniez că ea nu trebuie considerată un panaceu universal, având ca orice altă terapie limitele și riscurile ei. De aceea, nu se poate admite o autoapiterapie, ci folosirea produselor apicole numai cu avizul medicului și sub continua sa supraveghere.

Doctor în medicină **Eduard ȘERBAN: Contribuții românești în apiveniterapie.** În special în ultimele decenii, tratamentul cu venin de albine (apiveniterapia) a căpătat un conținut nou, științific, bazat pe lucrări de cercetare aprofundate de laborator. În acest context, școlii românești de apiterapie îi revine un loc de frunte, la sectorul medical de apiterapie din București funcționând un cabinet de reumatologie care aplică cu succes tratamente cu venin de albine.

Medicamentele pe bază de venin de albine pot fi utilizate aproape în toate bolile reumatice cunoscute, cu excepția celor în puseu inflamator și febrile. Astfel, în reumatismele articulare cronice degenerative, în osteoartrozele periferice și vertebrale, în spondilartrita anchilozantă (în stadiile incipiente), în reumatismele abarticulare (periartritile scapulo-humerale), tendinitele, miozitele, miogelozele se obțin cedarea durerii, abolirea contracturii, creșterea mobilității articulare și ameliorarea capacității funcționale. Uneori, chiar și opriri ale evoluției bolii, cu remisiuni destul de îndelungate.

În afecțiunile neuro-reumatologice (nevralgia de sciatic sau nevralgia cervico-brahială), rezultatele sînt similare cu cele obținute după administrarea unor cunoscute medicamente antialgice — antiinflamatoare (Prednison, Fenilbutazon, Voltaren etc.). Ceea ce este important și răspunde dezideratelor medicinei moderne constituie faptul că tratamentul cu venin de albine poate pregăti bolnavul în vederea recuperării funcționale, fază obligatorie după tratarea perioadelor evolutiv-hiperalgice ale afecțiunilor reumatice, scurtînd în mod apreciabil perioada de pregătire și chiar de recuperare, cu implicații sociale și economice importante.

Acțiunea tratamentului cu venin de albine este locală și generală, traducîndu-se prin efecte antialgice și antiinflamatorii. Cel mai recomandat tratament apiterapie antireumatică, ca randament și eficiență, este cel cu venin de albine purificat și standardizat, infoliat în doze cu concentrații progresive, administrat local percutant fie pe locul dureros (articulație sau traiect nervos), metodă numită „alگوapiterapie“, fie în punctele clasice de acupunctură, metodă de concepție românească, cunoscută sub denumirea de „apiterapie acupuncturală Eduard Șerban“, la care se adăunează efectele stimulo-reflexoterapice ale acupuncturii cu cele specifice ale apiveninului.

Veninul de albine preparat în unguente sau linimente, tip „Apireven“, poate fi utilizat și local, sub formă de frecții revulsive sau masaje (punctiforme sau zonale) pe regiunile cu dureri sau inflamații de tip reumatic. În serviciile de fizioterapie, produsele cu venin de albine se folosesc cu bune rezultate în ionizări galvanice (ionoforeză) și ultrasonoforeză, ca tratamente adjuvante în com-

plexul de reeducare funcțională postagresională.

Totuși tratamentul cu venin de albine este contraindicat reumaticilor cu stări alergice la apivenin, celor depresivi, celor cu afecțiuni cardiovasculare decompensate sau congestive, cu nefropatii și hepatite active, suferinzilor de boli infecțioase, epilepsie sau tuberculoză activă, precum și gravidelor.

Deși apiterapia cu venin de albine s-a dovedit a fi foarte utilă în reumatologie, practica clinică a demonstrat că orice exagerare exclusivistă și puțin pertinentă, orice abuz sînt periculoase și o pot compromite.

Dr. Mircea POPESCU, lector universitar I.M.F. București: **Curele cu colire au efecte profilactice.**

Ochiul poate beneficia în unele afecțiuni și de tratamentul cu propolis, lăptișor de matcă, polen și miere, produse naturale care printr-o preparare specială pot fi aplicate local sub formă de picături (colir). Datorită proprietăților bacteriostatice și bacterioletice, colirele cu miere și lăptișor de matcă dau bune rezultate în unele conjunctivite și blefarite, iar colirele cu propolis în formele alergice conjunctivale și palpebrale.

Aceste colire conțin principii active, necesare nutriției și funcționării normale a corneei transparente și conjunctivei, chiar și cristalinului și retinei. Explicația: ele conțin enzime, vitamine, zaharuri, proteine, elemente minerale, recoltate de albine direct din plante, fără a le modifica structura. Deci nu intervin în finele metabolice celulare oculare. Dar produsele apicole pot fi folosite de cei cu afecțiuni oculare și sub forma preparatelor terapeutice, contribuind la echilibrarea vederii diurne, nocturne și colorate.

Colirele pot fi aplicate și preventiv 1-2 ori, timp de

14 zile, pentru reducerea oboselei ochilor (colirul cu miere sau cu lăptișor de matcă), aceste cure profilactice repetîndu-se cu avizul medicului oftalmolog de 3-4 ori pe an.

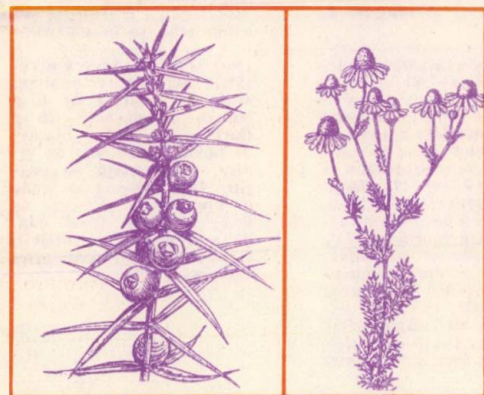
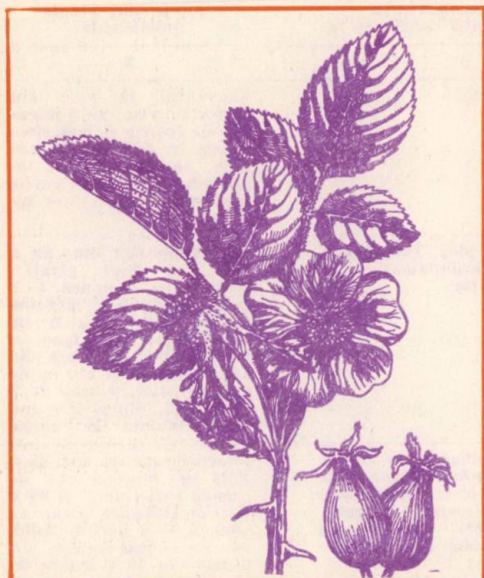
Rezultatele obținute în prevenirea și tratarea unor boli oculare ne determină să opinăm că apifitoterapia va contribui din ce în ce mai mult la menținerea sau restabilirea echilibrului optim funcțional al ochilor.

Doctor în medicină Traian GÎDOIU: Rezultate favorabile în parodontopatia marginală și aftele recidivante.

Stomatologia folosește cel mai eficient propolisul, produs complex, căruia i se atribuie o certă acțiune antimicrobiană, în special asupra microorganismelor gram-pozitive. Cercetători din diferite țări au remarcat la propolis și o acțiune antifungică, mai pregnantă pe organism decît pe culturi, precum și o acțiune anestezică comparabilă cu a cocainei și novocainei. Cercetări experimentale cu propolis au evidențiat proprietăți antiinflamatorii și de stimulare a procesului de cicatrizare a plăgilor, precum și un rol stimulator nespecific al procesului de imunogeneză.

Este cunoscut că folosirea largă a antibioterapiei și chimioterapiei, a tranchilizantelor și citostaticelor generează creșterea numărului de micoze bucale cu invadare, nu rareori, viscerală (tub digestiv, plămîni etc.). Prin introducerea în terapie acestor micoze a unor colutorii cu propolis, ca medicație locală, și a unui tratament general cu comprimate de propolis, s-au obținut rezultate favorabile în procesul de vindecare, cazuri-eseu cu terapia antimicotică obișnuită fiind rezolvate prin introducerea în schema de tratament a propolisului.

(Continuare în pag. 205)



„PLAFAR“ VĂ OFERĂ

Dintre produsele realizate din plante medicinale, care vor fi puse la dispoziția populației în anul 1981, menționăm: **siropul multiplant** (din flori de soc și extract de diverse plante medicinale); **vinul tonic** — pentru copii și adulți, ultimul denumit „Moldavica Super“; **o nouă gamă de ceaiuri** realizate pe baza unor rețete verificate — ceaiul gastric, ceaiul calmant, ceaiul cicatrizant (pentru suferinzii de ulcer) și ceaiul hepatic; **aromatizantul de baie „Lavandula“**, realizat din extract de gălbenele și levănțică, cu adaos de ulei de levănțică și glicerină.

O noutate o va constitui apariția în trimestrul III/1981 a **melitelor** — extracte de diferite plante frecvent solicitate (mușetel, crușin, mentă, anghinare), care vor fi încorporate în miere de albine pentru a fi mai ușor administrate.

De asemenea, **ceaiurile sub formă de tablete** — un ceai diuretic, un ceai cu acțiune hepatoprotectoare și un ceai antispasm — realizate după un brevet de invenție al dr. farm. Ovidiu Bojor, în cooperare cu I.M.F. București. Din lista avantajelor acestei noi forme de prezentare a ceaiurilor medicinale menționăm: dozarea precisă realizată pe baze științifice, mod simplu de administrare (prin înghițirea tabletei) și economicitate (nu este necesar vas, apă și sursă de încălzire).

Încheiem lista noutăților de la Trustul „Plafar“ cu produsul **Supermix**, un înlocuitor de diferite condimente din import (piper, enibahar etc.), cu aceeași calitate gustativă și cu aceeași aromă, dar... nenociv pentru organism.

Nicoleta TURCU

Valorificarea proprietăților terapeutice ale plantelor medicinale prin extinderea gamei de produse, preparate, rețete de ceaiuri, a cunoscut în ultimii ani o dezvoltare continuă.

De la tovarășul ing. Florentin Crăciun, director general al Trustului „Plafar“, am aflat noutăți menite să contribuie la folosirea mai largă a plantelor medicinale, precum și a produselor realizate din „farmacia verde“ a naturii. Astfel, în semestrul I al anului 1981 se vor găsi în magazinele „Plafar“ siropuri din flori de soc, din muguri de pin și din pulpă de măceșe, realizate cu miere de albine.

În primul trimestru al anului viitor suferinzii de diabet vor putea consuma siropuri din pulpă de măceșe, din flori de soc și din fructe de cătină, preparate cu ciclamat de sodiu.



CALENDARUL RECOLTĂRII ȘI REȚETE DIN PLANTE MEDICINALE

Luna	— Începe recoltarea la — Se continuă recoltarea la	Rețete din plante medicinale
1	2	3
DECEMBRIE IANUABIE	Frunze de vise (hipotensiv)	Maceratul la rece din frunze de vise: 2—3 lingurițe de frunze se lasă circa 8 ore în 500 ml de apă rece; se strecoară, se îndulcește și se bea în cursul unei zile. Are acțiune hipotensivă
FEBRUARIE	Muguri de plop (astringent, antiseptic, antiinflamator) Frunze de vise	Ceai depurativ din: 30 g de „trei frați pătași”, 20 g frunze de urzică, 15 g de pădărie, 15 g rădăcină de cleocare și 20 g fructe de cătină. Se face o infuzie dintr-o lingură din acest amestec și 250 ml de apă clocotită. Se beau 2—3 căni pe zi, dintre care una seara, înainte de culcare
MARTIE	Flori de podbal (emolient în tuse, expectorant), frunze de plămînică (idem); rădăcini de brusture (diuretice, coleretice, hipoglicemiant); rădăcină de cereșel (antidiaree și hemostatice) rădăcină de „osul lepurei” (diuretice) și de tătăneasă (cicatrizant) Frunze de vise și muguri de plop	Mască cosmetică din: 40 g flori de mușeșel sau de „coada șoricelului” și 20 g flori de levănțică la care se adaugă 40 g flori de nalbă sau de podbal (pentru ten uscat) sau 40 g frunze de răchitan (pentru ten gras), nuc, sau de salvie. Se amestecă cu amidon și apă caldă până se face o pastă
APRILIE	Coajă de crușin (laxativ și purgativ); coajă de stejar; flori de ciuboșica cucului (expectorant) și de porumbar ușor laxativ și diuretic; frunze de păducel (cardiotonic); de podbal (emolient și expectorant în tuse) și de pădărie (în afecțiuni hepato-biliare, obezitate, diuretice); iarbă de „traista clobanului” (antihemoragice) și de volbură (laxativ și purgativ); rădăcini de „ciuboșica cucului” (expectorant), de „iarbă mare” (diuretice, coleretice, expectorant) și de „săpunariță” (expectorant); coajă de salcie (antireumatic, astringent, contra febrei)	Ceai pentru scăderea greutății corporale: realizezi dintr-un amestec de 40 g frunze de pădărie, 20 g flori de soc, 20 g mătese de porumb sau cozi de cireșe, 20 g coajă de crușin. Din amestec se pune o lingură la 250 ml de apă; se beau 2—3 căni de ceai cald, neîndulcit, între mesele principale, cel puțin o lună
MAI	Flori de mușeșel (antispastice, dezinfectant, antiinflamator, sedativ); de salcim (antihiperacid, aromatizant); de soc (sudorific, antigripal, antinevralgic, diuretice); de mac roșu (în afecțiuni pectorale); de dud (hipoglicemiant și astringent), de frasin (diuretice, laxativ), mesteacăn (diuretice); nalbă mare (emolient, anticataral, nuc(astringent, ușor hipotensiv, hipoglicemiant, antieczematos), pătlăgînă (emolient, expectorant cicatrizant), urzică (diuretice, antidiaree, depurativ), iarbă de cimbrisor (contra tusei, antidisepctic), coada racului (astringent, antidiaree), rostopască (coleretice), „trei frați pătași” (depurativ, diuretice, expectorant), urzică moartă albă (util în metroragii și adenom de prostată), muguri de pin (antibronșitice, diuretice), cozi de cireșe și vișine (diuretice)	Metodă de extracție completă a principiilor activi din flori de mușeșel: se lasă la macerat la rece 1—2 lingurițe de flori într-o jumătate de cană cu apă timp de 30 de minute. Se strecoară, iar florile se infuzează cu o altă jumătate de cană cu apă clocotită. Maceratul și infuzia se amestecă; se beau 1—2 căni pe zi

1	2	3	
IUNIE	Flori de albăstrele (astringente, diuretice, dezinfectante, pentru afecțiuni oculare), flori de „coada șoricelului” (antiseptice, antiinflamator), arnică (antiseptic și cicatrizant extern), tei (sedativ, expectorant), frunze de frag (antidiareice, antihemoragice), mur (astringent, antidiareice, antiseptice), zmeur (antidiareice, depurativ), iarbă de răchitan (antidiareice, cicatrizant în ulcere varicoase), sulfina (sedativ, expectorant, emolient, ușor diuretice) sunătoare (colagog, antiseptic și cicatrizant în ulcere, răni, arsuri), țuța gîștii (sedativ, hipotensiv), tros-cot (antidiuretice, colagog), murguș (expectorant, colagog), rizomi de pin (diuretice)	Băutură răcoritoare „So-cata”: se pun într-un bor-can: 10 l de apă și 10 in-florescențe sau 20–40 g flori de soc uscate, 1 kg de zahăr, sucul de la 2 lămii și coaja lor. Se ame-steenă de 4–5 ori pe zi. După 2–3 zile se trece li-chidul printr-un tifon și se trage la sticle. Băutura se păstrează la loc întunecos	Sirop vitaminizat din fructe de măceș sau de cătină se poate realiza din 200 g pulpă de măceș sau 300 g fructe de cătină deshidratate și 1 kg de zahăr. Acestea se rehidra-tează (ținându-le 3–4 ore într-un litru de apă rece, apoi în aceeași apă se fierb în clocot 10–15 minute. Se lasă să se răcească și se strecoară printr-un tifon, presărându-se bine. Se com-pletează apoi cu apă pînă la 1 l, se adaugă zahărul și se pune la fiert la foc mic pînă se dizolvă za-hărul, iar apoi la foc lute pînă se realizează consis-tența siropului.
IULIE	Flori de luminărie (emolient), iarbă de cicoare (colagog, tonic amar, ușor diuretice și laxativ), coada calului (diu-retice, mineralizant), pelin (to-nic amar), scăi vinăți (antien-siv), sovră (antiseptic, anti-spastic, antibrônșic), lătușă (stimulent al secrețiilor gastro-intestinale)	Ulei contra arsurilor solare la plajă: se macerează 20 g de sunătoare bine mă-runțită în 200 ml de ulei, timp de 4–6 săptămîni. Apoi se strecoară. Se pă-s-trează la rece și întuneric	
AUGUST	Frunze de afin (antidiabetice, diuretice, antidiareice), fructe de afin (antidiareice, protector vas-cular în boli de ochi), de cătină (vitaminizant, tonic general), măceș (vitaminizant, ușor diu-retice), conuri de hamel (seda-tiv, tonic amar), mătase de porumb (diuretice) Plantele a căror recoltare a început în luna iulie	Pentru aromatizarea apei de baie se pot folosi uleiuri volatile, care se pot procura de la magazinele „Plafar”. Unele dintre uleiuri au proprietăți terapeutice. De exemplu, uleiul de levân-țică are acțiune antiseptică, dar și sedativă, indicat în băile efectuate seara în combaterea insomniei; ulei-ul de mentă, cu acțiune tonică generală, poate fi folosit la băile de către convalescenți și debili	
SEPTEMBRIE	Frunze de merișor (diuretice, antilitiazice), rădăcină de cicoare (colagog, tonic amar, ușor diuretice și laxativ), tei de fasole (diuretice, hipoglicem-ant), fructe de păducel (seda-tiv, cardiotonic)	Ceaiul de cătină se reali-zează prin infuzia a 1–2 lingurițe de fructe uscate la 250 ml de apă. Bine îndulcit, de preferință cu miere, ceaiul, plăcut la gust și parfumat, este recomandat la gustarea de dimineață, îndeosebi șco-larilor	
OCTOMBRIE	Frunze de ienupăr (diuretice, dezinfectant urinar, antireu-matic), porumbăr (antidiareice, antihemoragice) Plantele a căror recoltare a început în luna septembrie. Se reia recoltarea la rădăcini de brusture, nalba mare și tătăneasă	Următoarele părți ale plan-telor medicinale se pot fo-losi sub formă de băi sau de comprese de bolnavii reumatice: coaja de salcie, mugurii de pin și fructele de ienupăr (sub formă de ceai concentrat realizat din 100–150 g de plantă la un l de apă, adăugat în apa băii. Din aceleași plante se pot face infuzii (50 g la 1 l de apă) cu care se pot realiza comprese pe zonele dureroase	Tonic capilar: ceaiul rea-lizat din 3 linguri de amestec din frunze de mesteacăn, frunze de ur-zică și rădăcini de brus-ture, la 500 ml de apă este eficient în combaterea că-derii părului. Se loționează puternic pielea capului cu acest ceai, după care se face băia de curățenie. La amestec se pot adăuga flori de mușetel (pentru păr blond) sau frunze de nuc (pentru păr negru)
NOIEMBRIE			

Biolog Mireea ALEXAN

Este probabil că încă din epoca preistorică oamenii au dobândit, cu ocazia culegerii pentru hrană, o serie de cunoștințe transmise peste generații, întrucât dintre cele aproximativ 700 000 de plante unele pot fi dăunătoare omului, prin mijloace multiple și uneori ascunse, cu efect imediat sau tardiv. Astfel, există plante toxice, alergizante, fotosensibilizante, teratogene, cancerigene, abortive, anticoncepționale, gușogene, carnivore. Dintre acestea ne vom opri asupra celor mai comune plante toxice din zona noastră, a căror toxicitate se datorește alcaloizilor sau glicozizilor.

Toxicitatea frunzelor, fructelor și rădăcinilor de **mătrăgună**, **măselariță** și **laurul porcesc** a fost de mult timp cunoscută. Mătrăguna a fost utilizată în arsenalul cosmetic al anticilor, pentru creșterea strălucirii ochilor prin dilatarea pupilei. În secolul trecut s-au izolat alcaloizii-atropina, hiosciamina și scopolamina, principii toxici din aceste plante. Intoxicațiile accidentale se înregistrează îndeosebi la copii, prin confundarea fructelor de mătrăgună cu cireșele negre. Dar se produc și intoxicații familiale sau colective prin consumarea cărnii unor animale vinate—iepure, capră—, care au ingerat aceste plante și asupra cărora nu acționează toxic.

Sub numele de **cucută** se înțelege de fapt planta numită „Barba călugărului” sau „Cucuta lui Socrate”, folosită de grecii antici ca otrăvă. În prezent, intoxicațiile, foarte rare, se datoresc confundării cucutei cu rădăcinile de pătrunjel sau hrean. Au fost descrise și intoxicații după consumarea unor păsări care ingeraseră cucută — principiul toxic, coniina, fiind tolerat de acestea, deși este deosebit de otrăvitor pentru om (3 flori conțin 5 mg colchicină, alcaloid extrem de

PLANTELE TOXICE

UN PERICOL INSUFICIENT CUNOSCUT



toxic, iar bulbul și semințele sînt mai toxice).

Diferite specii de **aconit** sînt foarte răspîndite în regiunile reci și temperate din Europa și Asia (în India era cunoscută o otrăvă denumită „nish” extrasă din aconit, iar grecii antici o numeau „pandaliakes” (ucide pantera). Rădăcina (confundabilă cu cea de hrean), tulpina, frunzele și florile de aconit conțin aconitină, alcaloid foarte toxic.

Încă din timpuri străvechi se foloseau, ca otrăvă sau leac, extracte din planta numită „degețel” (Digitalis). Digitala a fost menționată în anul 1250 în documentele medicale din Țara Galilor, dar numai peste 300 de ani a căpătat denumirea de Digitalis. Timp îndelungat preparate din digitală, lăcrămioare, oleandru au fost întrebuințate în mod empiric în cele mai variate boli. În prezent, intoxicațiile cu părți din aceste plante sînt rare.

Unul dintre toxicii cei mai puternici, acidul cianhidric, se găsește în plante ca atare sau ca glucozizi cianogenetici. Unele prunacee și lauracee, ca și o specie de fasole exotica, conțin acești glucozizi în proporții variate. S-au descris intoxicații grave, chiar mortale, prin ingerarea miezului simburilor de prune, caise și migdale amare. Toxicitatea acestora a fost cunoscută încă din antichitate (preoții egipteni foloseau simburii de piersică pentru executarea confrăților trădători ai secretelor castei, evreii și egiptenii obligau femeile adultere să bea extracte apoase de simburii de piersică și cireșe, iar în texte de pe timpul romanilor se descriu morți fulgerătoare ale căror simptome coincideau cu cele produse de intoxicația cu acid cianhidric). Acest toxic poate apărea și accidental în unele plante, în funcție de condițiile climatice. Astfel, planta *Glycyrrhiza aquatica* este necianogenă în condiții normale de umiditate, dar în perioadele secetoase produce suficient glucozizi cianogenetici pentru a ucide vitele de pe pășuni. Castanele sălbatice, produse de castanul original din India și introdus în Europa în secolul al XVI-lea, conțin saponine, heterozizi cu proprietăți hemolizante. Cu tot gustul lor amar, copiii pot fi tentați să guste din acest fruct „atrăgător”.

Cele prezentate mai sus impun adoptarea unor măsuri de prevenire prin informarea părinților și educatorilor asupra pericolului reprezentat de obiceiul copiilor de a „gusta” fructele sau chiar florile cu forme și culori atrăgătoare, prin etichetarea într-un mod aparte a plantelor ornamentale toxice din parcuri și grădini, prin îndepărtarea lor din colectivitățile de copii.

Conf. dr. doc.
Marțian COTRĂU
I.M.F. Iași

BREVIAR JURIDIC

Îmbunătățirea sistemului de asigurări sociale din țara noastră se înscrie în cadrul programului general al partidului și statului de ridicare a nivelului de trai al întregului popor, inclusiv al membrilor cooperativelor agricole de producție și al țăranilor cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate. Ca urmare a dezvoltării agriculturii, a întregii economii naționale s-au creat condițiile necesare organizării sistemului asigurărilor sociale și pentru aceste categorii de oameni ai muncii.

Creșterea continuă a nivelului retribuției cooperativelor agricole, a pensiilor și a celorlalte drepturi de asigurări sociale sînt nemijlocit condiționate de munca fiecărui cooperativist și se realizează pe măsura sporirii producției agricole, a dezvoltării averii obștești a unității cooperativiste respective.

Instituirea sistemului de pensii și asigurări sociale pentru țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate a devenit posibilă numai datorită sprijinului material acordat de stat prin contribuția sa la constituirea fondurilor necesare plății pensiilor. Prin această măsură se realizează pentru prima dată în istoria țării noastre generalizarea sistemului de pensii și asigurări sociale la toate categoriile de oameni ai muncii.

●
În țara noastră pensiile și indemnizațiile de asigurări sociale la care sînt îndreptățiți membrii C.A.P. sînt reglementate de Legea nr. 4/1977 și prin alte acte normative în vigoare, potrivit cărora membrii cooperativelor agricole de producție — activi și pensionari —, precum și membrii lor de familie au dreptul la următoarele indemnizații de asigurări sociale.

● **Indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă:** Concediile medicale se acordă de conducerea unității agricole cooperativiste pe baza certificatelor tip eliberate de către medici, în condițiile și potrivit competențelor stabilite, conform legii pentru personalul muncitor cuprins în sistemul asigurărilor sociale de stat.

Indemnizațiile care se acordă pentru incapacitate temporară de muncă, pentru

sarcină și lehuzie se stabilesc în raport cu venitul realizat de fiecare membru cooperativist, din munca prestată în unitățile agricole cooperativiste, cu vechimea în muncă în aceste unități și cu cauzele pierderii temporare a capacității de muncă, astfel: membrii cooperativelor care pe anul în curs și-au îndeplinit obligațiile stabilite și au efectuat volumul de muncă ce le revenea pînă la data îmbolnăvirii sau accidentului beneficiază de indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă, dacă îmbolnăvirea sau accidentul s-a produs în timpul activității în unitatea agricolă cooperativistă sau în cel mult 10 zile de la ultima zi lucrată.

Îndeplinirea obligațiilor stabilite și efectuarea volumului de muncă prevăzut pînă la data îmbolnăvirii se confirmă de conducerea unității agricole cooperativiste.

Cooperativarii aflați în incapacitate temporară de muncă cauzată de tuberculoză, de boli transmisibile sau de urgențele medicochirurgicale stabilite de Ministerul Sănătății beneficiază de indemnizații, indiferent de momentul îmbolnăvirii, dacă îndeplinesc celelalte condiții prevăzute mai sus.

Indemnizația pentru pierderea temporară a capacității de muncă din cauză de boală sau accident se acordă în proporție de 50 la 85 la sută din venitul mediu zilnic realizat în ultimele 12 luni premergătoare lunii în care s-a ivit incapacitatea, în funcție de vechimea în muncă în ani întregi, în unitatea agricolă cooperativistă, astfel: dacă vechimea în muncă este pînă la 2 ani se beneficiază de 50 la sută, dacă este între 2 și 5 ani se beneficiază de 65 la sută, dacă este între 5 și 8 ani inclusiv se beneficiază de 75 la sută, iar dacă este peste 8 ani — de 85 la sută.

Indemnizația pentru pierderea temporară a capacității de muncă, determinată de accident de muncă în unitatea agricolă cooperativistă, stabilit potrivit legii, este de 85 la sută din venitul mediu zilnic realizat în ultimele 12 luni, indiferent de vechimea în unitatea agricolă cooperativistă.

Ajutoarele pentru incapacitate temporară de muncă nu se plătesc cooperativelor agricole care nu respectă tratamentul prescris.

● **Indemnizații pentru sarcină și le-
huzie:** Cooperatoarele care lucrează în uni-
tățile agricole cooperatiste beneficiază de
concediu plătit pentru sarcină și le-
huzie pe timp de 60 de zile lucrătoare, care se acordă,
de regulă, 30 de zile înainte și 30 de zile
după naștere, perioade care se pot compen-
sa între ele.

În cazul în care copilul este născut mort
sau moare după naștere, în perioada con-
cediului postnatal, durata concediului me-
dical de le-
huzie rămâne de 30 de zile și
nu se mai acordă perioada de concediu
neefectuat înainte de naștere.

Indemnizația pentru concediu de sar-
cină și le-
huzie se acordă în proporție de 50
la 90 la sută din venitul mediu zilnic rea-
lizat în ultimele 12 luni, în funcție de ve-
chimea în muncă în ani întregi, în unita-
tea agricolă cooperatistă, astfel: dacă vechi-
mea este de până la un an se acordă 50 la
sută, dacă este de 1—2 ani inclusiv se
acordă 70 la sută, dacă este de peste doi
ani se acordă 90 la sută.

● **Indemnizații pentru familii cu copii:**
Famililor de cooperatori agricoli, în
care cel puțin unul dintre soți lucrează în
unitatea agricolă cooperatistă, li se acordă
o indemnizație lunară de 60 de lei pentru fie-
care copil în vîrstă de pînă la 16 ani îm-
plinii, aflat în întreținerea acestora. Această
indemnizație se majorează cu 30
de lei lunar pentru al șaselea copil, cu 40
de lei lunar pentru al șaptelea copil, cu
50 de lei pentru al optulea copil și cu 60
de lei lunar pentru al nouălea copil și pen-
tru următorii.

Indemnizația se acordă numai în luna
în care unul dintre soți a lucrat cel puțin
15 zile și a realizat sarcinile de producție
în conformitate cu normele de muncă sta-
bilite. Ea poate fi acordată în continuare
și în perioada în care unul dintre soți be-
neficiază de indemnizație pentru incapacitate
temporară de muncă.

Au dreptul la indemnizație și familiile
cu copii în care soții sînt pensionari ai
cooperativelor agricole de producție.

Indemnizația nu se acordă familiilor
care au dreptul să primească, din alte sec-
toare de activitate, alocație pentru copii.

● **Plata indemnizațiilor de asigurări
sociale:** În conformitate cu art. 7 din Le-
gea nr. 4/1977, indemnizațiile de asigurări
sociale se plătesc integral cooperativelor din
unitățile agricole cooperatiste care depun
în totalitate contribuția la fondul de pensii
și asigurări sociale. La celelalte unități
drepturile se plătesc proporțional cu contri-
buția depusă, dar nu mai puțin de 80 la
sută din sumele cuvenite cooperativelor.

● **Acordarea gratuită a întreținerii,
medicamentelor și materialelor sanitare
în timpul internării în spitale și al tra-
tamentului ambulatoriu:** Membrii coope-
rativelor agricole de producție, care reali-
zează volumul de muncă stabilit de adunarea
generală, cooperatorii pensionari, precum
și membrii de familie ai acestora beneficiază
în mod gratuit de întreținere, medicamente
și materiale sanitare pe timpul internării
în spitale. De asemenea, beneficiază de
medicamente și materiale sanitare pe tim-
pul tratamentului ambulatoriu.

Se consideră membri de familie persoa-
nele care sînt în întreținerea membrului
cooperator, după cum urmează: soțul (so-
ția); copiii pînă la 16 ani sau dacă ur-
mează o școală pînă la terminarea ace-
steia, dar nu mai mult de 25 de ani; copiii
incapabili de muncă, indiferent de vîrstă,
dacă și-au pierdut capacitatea de muncă
înaintea împlinirii vîrstei de 16 ani; pă-
rinții și bunicii membrului cooperator;
frații și surorile acestuia, dacă sînt inca-
pabili de muncă.

Gratuitățile prevăzute mai sus se acordă
pe baza adeverinței eliberate de cooperativa
agrícola de producție prin care se atestă
îndeplinirea condițiilor prevăzute de lege.

● **Trimiterea la tratament balnear:**
Membrii C.A.P. care lucrează în uni-
tățile agricole cooperatiste și cooperatorii
pensionari, în cazul cînd sînt bolnavi,
beneficiază, cu aprobarea consiliului de
conducere al cooperativei, sau, după caz,
a consiliului oamenilor muncii din uni-
tățile agricole cooperatiste, pe bază de reco-
mandare medicală, de bilete de tratament
în stațiunile balneoclimaterice.

Potrivit Decretului prezidențial nr. 247/
1977, cooperatorii prevăzuți mai sus su-
portă din valoarea integrală a biletului o
contribuție de 30 la sută din prețul prevăzut
de H.C.M. nr. 405/1965 și diferența supli-
mentară ce rezultă din tarifele stabilite prin
Decretul nr. 247/1977.

Această contribuție este de regulă de
circa 40—50 la sută, în funcție de sezon,
din valoarea nominală a biletului, iar dife-
rența de 50—60 la sută se suportă din fon-
dul asigurărilor sociale al membrilor C.A.P.

Unitățile agricole cooperatiste care dis-
pun de fonduri la capitolul activități cul-
tural-sociale pot acoperi, total sau parțial,
cu aprobarea organelor de conducere colec-
tivă, contribuția ce trebuie suportată de
beneficiarul biletului de tratament.

Persoanele care lucrează pe bază de con-
tract de muncă în unitățile agricole coopera-
tiste și care au și calitatea de cooperator
pot beneficia de bilete de tratament în siste-

mul asigurărilor sociale al membrilor cooperativei agricole de producție, suportând valoarea integrală a biletului.

● În sistemul de asigurări sociale instituit prin Legea nr. 5/1977 privind pensiile și alte drepturi de asigurări sociale ale țăranilor cu gospodărie individuală din zonele neocooperativizate sunt cuprinși, în mod obligatoriu, toți țăranii cu gospodărie individuală din zonele neocooperativizate, precum și membrii de familie cu care aceștia desfășoară activitate agricolă în gospodărie, dacă au împlinit vîrsta de 18 ani. (Se consideră „gospodărie”, potrivit Decretului Consiliului de Stat al Republicii Socialiste România nr. 692 din 28 decembrie 1973 privind registrul agricol, totalitatea membrilor de familie care locuiesc și gospodăresc împreună, acind buget comun, lucrează împreună terenul sau întrețin animale, consumă și valorifică în comun produsele obținute în gospodăria proprie).

● Nu fac obiectul Legii nr. 5/1977 persoanele încadrate în muncă potrivit Codului muncii al R.S. România adoptat de Marea Adunare Națională în ședința din 23 noiembrie 1972, respectiv Legea nr. 10/1972; persoanele domiciliat în zonele a căror agricultură este cooperativizată (membrii cooperativei agricole de producție); membrii cooperativei meșteșugărești; liber-profesioniști și meseriași autorizați care exercită meseria pe cont propriu (zidarii, dulgherii, fierarii, cojocarii, cismarii etc.); elevii, studenții și militarii în termen etc.

● O persoană nu poate fi asigurată, în același timp, decît într-un singur sistem de asigurări sociale.

● Drepturile de asigurări sociale și obligația țăranilor cu gospodărie individuală de a depune contribuția personală, de 40 de lei lunar la fondul de pensii și de a livra la fondul de stat produse din producția proprie pe bază de contracte și prin achiziții se nasc din momentul împlinirii vîrstei de 18 ani de către persoana respectivă.

● Țăranii cu gospodărie individuală din zonele neocooperativizate au dreptul, în condițiile Legii nr. 5/1977, la următoarele categorii de pensii: pensie pentru limită de vîrstă, pensie pentru pierderea totală sau în cea mai mare parte a capacității de muncă, pensie de urmaș. Pentru stabilirea cuantumului pensiei se iau în considerare perioada de contribuție la fondul de pensii, valoarea produselor livrate anual la fondul de stat și gradul de invaliditate.

● Pensia pentru limită de vîrstă: Întrucît Legea nr. 5/1977 a intrat în vigoare începînd cu data de 1 ianuarie 1978, pînă la 31 decembrie 1987 pensia pentru limită de vîrstă se acordă țăranilor cu gospodărie individuală care împlinesc condițiile prevăzute de art. 13.

În baza acestor prevederi legale se acordă pensie în cuantum de 100 de lei lunar — care se majorează cu cîte 10 lei pentru fiecare an în care au cotizat — țăranilor cu gospodărie individuală din zonele neocooperativizate care în perioada 1 ianuarie 1978 — 31 decembrie 1982 împlinesc vîrsta de 70 de ani (bărbații) și 65 de ani (femeile), dacă au depus contribuția personală, de 40 lei lunar, la fondul de pensii și au livrat la fondul de stat produse în valoare de cel puțin 5 000 de lei anual.

În perioada 1 ianuarie 1983 — 31 decembrie 1987 se va acorda pensie pentru limită de vîrstă în cuantum de 140 de lei lunar — care se va majora cu 10 lei pentru fiecare 2 ani în care solicitantul a cotizat peste perioada minimă de 5 ani — bărbaților care vor împlini 65 de ani și femeilor care vor împlini 60 de ani, dacă au cotizat o perioadă de cel puțin 5 ani și au livrat la fondul de stat produse în valoare de cel puțin 5 000 de lei anual.

În cazul în care țăranii cu gospodărie individuală au livrat la fondul de stat produse în valoare mai mică de 5 000 de lei anual, cuantumul pensiei se reduce în mod corespunzător, potrivit prevederilor articolului 10 din Legea nr. 5/1977, astfel: cei care livrează la fondul de stat produse în valoare mai mică de 5 000 de lei anual, dar nu mai puțin de 3 000 de lei, primesc 70 la sută din pensia stabilită pentru cei care livrează produse în valoare de 5 000 de lei anual, iar cei care vor livra produse în valoare mai mică de 3 000 de lei anual vor primi 50 la sută.

Începînd cu data de 1 ianuarie 1988 se acordă pensie integrală pentru limită de vîrstă, în cuantum de 160—400 de lei lunar, în baza art. 8 din Legea nr. 5/1977, pe tot timpul vieții, bărbaților care au împlinit vîrsta de 65 de ani și au contribuit la fondul de pensii cel puțin 30 de ani și femeilor care au împlinit vîrsta de 60 de ani și au contribuit la fondul de pensii cel puțin 25 de ani.

Țăranii cu gospodărie individuală care au depus contribuția personală, de 40 de lei lunar, la fondul de pensii o perioadă mai mare de 25 de ani — femeile — și 30 de ani — bărbații — beneficiază în plus pentru fiecare an de contribuție de o majorare a cuantumului pensiei cu 0,5 la sută. De

asemenea, țăranii cu gospodărie individuală care sînt membri ai asociațiilor pomicele, viticole sau zootehnice beneficiază de o pensie majorată cu 15 la sută.

Țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate au dreptul la pensie pentru limită de vîrstă numai dacă au contribuit la fondul de pensii cel puțin 10 ani și au livrat la fondul de stat produse în valoare de cel puțin 5 000 de lei anual.

● **Pensia pentru pierderea totală sau în cea mai mare parte a capacității de muncă se acordă țăranilor cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate** care și-au pierdut total sau în cea mai mare parte capacitatea de muncă pe toată durata invalidității de gradul I sau II dacă au depus contribuția personală la fondul de pensii cel puțin 10 ani și au livrat la fondul de stat produse în valoare de cel puțin 5 000 de lei anual.

Cuantumul pensiei pentru pierderea totală a capacității de muncă în cazul celor încadrați în gradul I de invaliditate se stabilește, în raport cu perioada de contribuție, în procent de 35 la 75 la sută din pensia pentru limită de vîrstă.

Țăranilor cu gospodărie individuală încadrați în gradul II de invaliditate li se acordă în cuantum de 85 la sută din pensia corespunzătoare gradului I de invaliditate.

În scopul asigurării unui cuantum mai ridicat al pensiei, pensionarii pentru pierderea totală sau în cea mai mare parte a capacității de muncă care cu împlinirea 65 de ani — bărbații — și 60 de ani — femeile, pot cere transformarea în pensie pentru limită de vîrstă.

● **Pensia de urmaș se acordă pentru fiecare copil orfan de unul sau de ambii părinți pînă la împlinirea vîrstei de 16 ani.** În cazul în care copilul orfan urmează o școală, i se plătește pensia pînă la absolvirea acesteia, fără a depăși vîrsta de 25 de ani.

Cuantumul pensiei este de 70 de lei lunar pentru fiecare copil orfan de un părinte și de 100 de lei lunar pentru fiecare copil orfan de ambii părinți.

Pensia de urmaș se acordă numai dacă părintele sau, după caz, părinții decedați au fost pensionari sau îndeplineau condițiile pentru obținerea unei pensii, în condițiile Legii nr. 5/1977.

● **În afară de pensii, țăranii cu gospodărie individuală și membrii lor de familie, inclusiv pensionarii, beneficiază pe timpul internării în spital de întreținere și medicamente în mod gratuit, iar pe timpul**

tratamentului ambulatoriu de medicamente, în condițiile prevăzute de lege.

● **Pensiile acordate țăranilor cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate nu sînt impozabile, iar cererile de pensionare sînt scutite de taxe.**

● **Întrucît dreptul la pensie este imprescriptibil, țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate pot solicita oricînd înscrierea la pensie, dacă îndeplinesc condițiile prevăzute de Legea nr. 5/1977.**

● **Pensia fiind o prestație personală, nu poate fi cedată nici total, nici parțial altei persoane. Ea se plătește de la data la care s-a aprobat pensionarea de către comisia județeană de pensii, iar plata ei încetează începînd cu luna următoare aceleia în care beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile cerute de Legea nr. 5/1977 în baza căreia i-a fost acordată.**

● **În vederea stabilirii dreptului la pensie, țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate care îndeplinesc condițiile cerute de lege trebuie să se adreseze în scris comisiei de pensii și asigurări sociale de pe lîngă consiliul popular comunal de care aparțin.**

● **Pentru înscrierea la pensie, solicitantul este obligat să depună cererea de pensionare, carnetul de pensii și asigurări sociale și anexa acestuia în care se va evidenția, la zi, contribuția personală, de 40 de lei lunar, depusă la fondul de pensii și valoarea produselor livrate la fondul de stat pînă la împlinirea vîrstei de pensionare.**

● **Dosarul de pensionare, întocmit și verificat de către comisia de pensii și asigurări sociale de pe lîngă consiliul popular comunal, împreună cu propunerea de pensionare sînt trimise la direcția județeană pentru probleme de muncă și ocrotiri sociale cu cel puțin 90 de zile înainte de data la care urmează să aibă loc pensionarea pentru limită de vîrstă, în cel mult 30 de zile de la primirea hotărîrii de încadrare în gradul I sau II de invaliditate, în cazul pensionarilor pentru pierderea totală a capacității de muncă și în cel mult 30 de zile de la data decesului părintelui în cazul pensiei de urmaș. Direcția județeană pentru probleme de muncă și ocrotiri sociale este obligată să propună comisiei județene de pensii emiterea deciziei sau, după caz, restituie dosarul comisiei comunale de pensii, în cel mult 30 de zile de la primire.**

● **Țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate pot face apel, în termen de 30 de zile de la comunicare, la Comisia centrală de pensii din cadrul**

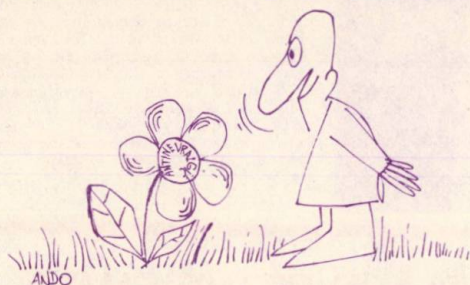
Ministerului Muncii împotriva deciziei emise de comisia județeană de pensii.

Pe măsura dezvoltării agriculturii din zonele necooperativizate ale țării noastre, constituirii fondurilor necesare plății pensiilor și celorlalte drepturi de asigurări sociale (contribuția personală, de 40 de lei lunar, a fiecărui membru al gospodăriei individuale care a împlinit 18 ani și desfășoară activitate agricolă și contribuția statului, de 2 la sută, stabilită la valoarea produselor livrate la fondul de stat de țărani cu gospodărie individuală) și livrării la fondul de stat de produse agricole în cantități sporite, actualul nivel al pensiilor și indemnizațiilor de asigurări sociale va fi îmbunătățit.

Realizarea acestui obiectiv depinde, în primul rînd, de contribuția fiecărui țaran cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate la fondul de pensii și asigurări sociale.

Depunînd la tinerețe contribuția personală, de 40 de lei lunar, cu regularitate și livrînd produse agricole în cantități sporite la fondul de stat, fiecare țaran cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate are garanția sigură că va primi o pensie într-un cuantum mai mare, care îi va asigura o bătrînețe liniștită.

Doctor în științe juridice
Nicolae GIURUMESCU
și Andrei LAZĂR



ANDO

(Urmare din pag. 196)

Proprietățile antiinflamatorii și de stimulare a troficității țesuturilor epitelial și conjunctiv, precum și acțiunea antimicrobiană a propolisului l-au impus în arsenalul terapeutic al parodontopatiei marginale cronice. Astfel, rezultate notabile cu preparate farmaceutice cu extract de propolis au fost obținute de prof. dr. Memet Gaffar și colaboratorii săi în clinica de odontologie și parodontologie din București, în formele super-

ficiale și în gingivitele cronice.

La cabinetul de stomatologie de la Sectorul medical de apiterapie din București sint experimentate cu rezultate bune trei forme de preparate biologice complexe, denumite Parodontovit 1, 2 și 3. Pe baza experienței noastre am dori să facem unele precizări: formele superficiale de parodontopatii marginale cronice beneficiază aproape în întregime de tratamentele cu preparate cu propolis; în formele profunde de parodontopatii, preparatele cu propolis folosit pre-

și postoperator îmbunătățesc simțitor evoluția bolii; parodontopatiile marginale cronice fiind boli pluricauzale, terapia cu preparate apicole trebuie încadrată într-un complex de măsuri profilactice și curative.

Proprietățile anestezice ale propolisului — cicatrizante și de creare a unor pelicule biologice — au determinat introducerea acestuia în tratamentul aftelor banale, cronice, recidivante, localizate de predilecție pe mucoasa cavității bucale, care produc dureri intense și tulburări funcționale consecutive în masticăție, deglutiție și vorbire. Dintre ipotezele etiologice aftelor rețin atenția cea autoimună și virală, iar numeroase cercetări efectuate în ultimul timp atribuie propolisului proprietăți antivirale. În tratamentul local al acestei afecțiuni este folosit cu bune rezultate sprayul cu propolis, simultan cu un tratament general cu comprimate cu propolis.



NOI SORTIMENTE ALIMENTARE

În magazinele cu produse alimentare au apărut în ultimul timp noi sortimente fabricate din uleiuri vegetale de cea mai bună calitate prin procedee tehnologice foarte moderne:

● Uleiul solidificat „VEGETAL” este recomandat pentru gătit și pentru prepararea aluaturilor fragede, înlocuind cu succes untura de porc.

● Margarina-cremă „DESERT” — cu cacao sau lămie — este indicată să fie consumată ca atare sau să fie folosită la prepararea rapidă a unor creme sau deserturi.

Folosind aceste sortimente în gospodărie economisiți timp și reduceți efortul pe care îl depuneți în obținerea unor preparate culinare și deserturi.

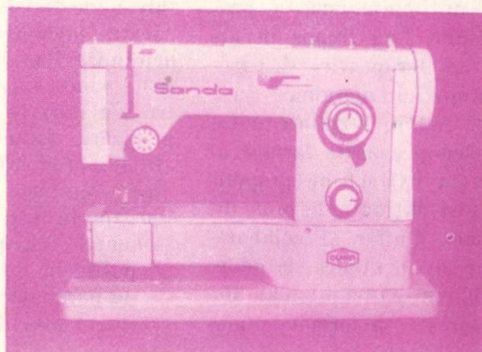
Centrala pentru industrializarea semintelor oleaginoase care vă prezintă noile produse vă roagă să rețineți că ele sînt realizate de către Întreprinderea de ulei „Unirea” — Iași

O PREZENȚĂ UTILĂ ÎN FIECARE FAMILIE

Cel mai nou model, automat, pentru cusături decorative și utilitare, mașina electrică de cusut „Sanda”, realizată la nivelul produselor similare existente pe piața mondială, execută 20 de operații: cusătură dreaptă (cu un singur ac sau cu ac dublu) ● cusătură în zigzag ● tiv invizibil ● tiv îngust (mediu și lat) ● tiv decorativ (în cochilă cu zigzag) ● tivirea și aplicarea concomitentă a dantelei ● cusătură cu rabatarea materialelor (înnădire) ● cusătură paralelă cu marginea materialului ● 4 feluri de coaseri (înainte și înapoi, a nervurilor, a șnurului și a nasturilor) ● efectuarea de butoniere (netede sau în relief) ● stopat ● vătuire ● surfilare ● broderie (inclusiv ochiuri) ● 16 modele de cusături decorative (cu un ac sau cu ac dublu) ● 3 modele de broderie cu cusătură în zigzag ● 6 cusături utilitare, elastice (cu un ac sau cu ac dublu).

Mașina electrică de cusut „Sanda”, rezistentă, de bună calitate, cu un sistem de acționare electrică simplu și sigur, este o prezență utilă în fiecare familie.

Se poate cumpăra din magazinele de articole electro-casnice și de la raioanele de profil din marile magazine universale ale comerțului de stat, la prețul de 3 270 de lei, dar și în rate, cu un avans de numai 654 de lei, restul sumei fiind achitată în 18 rate lunare.





În planul său de producție, întreprinderea de detergenți „Dero” — Ploiești, pe lângă gama de detergenți casnici a înscris noi detergenți industriali pentru metale, necesari industriei metalurgice și constructoare de mașini.

SE DERO 100: lichid pentru degresarea și spălarea pieselor auto conservate și a motoarelor înainte de reparații, pentru curățirea de gudroane și produse petroliere a rezervoarelor și tancurilor petroliere, a cazanelor C.F.R., pentru dislocarea și deflocularea miezurilor de turnătorie la piesele din fontă. Se utilizează în cazul pieselor mai murdare în soluție apoasă (concentrație de 3–10 la sută) și la temperaturi de 50–60 grade C, având toxicitate și inflamabilitate redusă, prin simplă imersare sau sub jet, în funcție de natura obiectelor și agentul gresant. Totuși „SE DERO 100”, amestec de substanțe tensioactive și hidrocarburi grele (solvent), are un grad de toxicitate caracteristic produselor petroliere și expus la căldură și flacără este inflamabil. Prin încălzire la 50–60 de grade emană mici cantități de solvent, deci instalațiile din incinte în care se utilizează trebuie să fie etanșe și dotate cu hote de tiraj.

Se livrează în butoaie de 200 kg neto sau în autocisterne, la prețul de 5 160 de lei tonă.

DEHIDROL AL, SI, CL: lichid pentru îndepărtarea emulsiilor și apei de pe cușineți și alte suprafețe metalice din aluminiu și oțel, precum și pentru protecția lor temporară anticorozivă, se utilizează la temperatura mediului ambiant. Spălarea pieselor de apă sau emulsii se face prin imersare în dehidrol, ce are un grad de toxicitate caracteristic produselor petroliere, fiind ușor inflamabil; cînd este expus la căldură și flacără impune măsuri similare de protecție ca pentru produsele petroliere.

Contraindicat pentru îndepărtarea uleiurilor, vaselinelor sau a peliculelor de grăsimi provenite din operația de tragere-trefilare.

Se livrează în butoaie de 190 kg neto. Preț informativ: 5 100 de lei tonă.

DERO LB: pulbere netoxică și neinflamabilă, dar alcalină în soluție apoasă (ph 10) utilizată în spălarea sticlelor (de lapte, bere și spirt) și în degresarea conservantului de pe tubulatura cazanelor generatoare de abur destinate centralelor termice, în soluție apoasă (concentrație de 3–5 la sută și temperatură de 60–70 de grade C) prin spălare, imersare sau jet; după spălare, obiectele limpezindu-se cu apă. Se folosește cu atenție pentru evitarea pătrunderii în ochi; se vor unge minile înainte de a le folosi cu alifii protectoare.

Se livrează în saci de 50 kg neto, la prețul de 3 890 de lei tonă.

DEROMET I: pulbere netoxică și neinflamabilă, utilizată la spălarea pieselor auto, aparatului și pardoselilor, în soluție apoasă (concentrație pînă la 10 la sută, la temperatura mediului ambiant sau de pînă la –50 de grade C).

Se livrează în saci de 30 kg neto la prețul de 7 230 de lei tonă.

DEROMET II: detergent aglomerat, netoxic și neinflamabil, pentru spălarea mijloacelor de transport în comun, utilizat în soluție apoasă (în concentrație pînă la 10 la sută, la temperatura mediului ambiant).

Se livrează în saci de 20 kg neto, la prețul de 7 230 de lei tonă.

CONCENTRAT EMULSIONABIL DERO 1076: lichid de ungere și răcire netoxic, greu inflamabil, dar cu ph-ul alcalin al emulsiei (8–8,5), este folosit sub formă de jet la rectificarea căilor de rulare a diametrului exterior și ale suprafețelor plane ale inelelor de rulmenți. Se utilizează în emulsie apoasă, concentrație 2,5 la

sută și la temperatura mediului ambiant, în amestec cu soluția de protecție anticorozivă „DERO RA”, în proporții egale (2,5 la sută „DERO 1076” și 2,5 la sută „DERO RA”), evitînd să pătrundă în ochi.

Se livrează în butoaie de 200 kg neto, la prețul de 16 620 de lei tonă.

CONCENTRAT EMULSIONABIL „DERO” R: lichid netoxic și neinflamabil pentru ungere, răcire și spălare (utilizat prin jet sub formă de emulsie apoasă — cu un ph alcalin de 8,5 la sută și o concentrație de 2,5 la sută, la temperatura mediului ambiant — în amestec cu soluția de protecție anticorozivă „DERO RA”, în aceeași concentrație, la rectificarea, strunjirea, broșarea și tăierea suprafețelor metalice prelucrate. Produsul se folosește numai după ungerea minilor cu alifii protectoare.

Se livrează în butoaie de 200 kg neto, la prețul de 14 370 de lei tonă.

LUBRICORD: lubrifiant netoxic, greu inflamabil, fără acțiune corozivă, utilizat în emulsie apoasă (concentrație: 5–10 la sută), la temperatura maximă de 40 de grade C, la trefilarea sîrmelor alămite de oțel tare și din oțeluri cu un conținut scăzut de carbon. Întrucît ph-ul emulsiei este alcalin trebuie unse în prealabil minile cu alifii de protecție.

Se livrează în butoaie de 200 kg sau în autocisterne, la prețul de 16 107 lei tonă.

DERO RA: soluție netoxică și neinflamabilă de protecție anticorozivă a suprafețelor de oțel, precum și pentru protecția anticorozivă temporară pe fluxul de fabricație a pieselor de oțel depozitate maximum 30 de zile. Se utilizează în concentrație de 2,5 la sută, în amestec cu concentratul emulsionabil „DERO” R sau 1 076, la temperatura mediului ambiant.

Se livrează în butoaie de 200 kg neto, la prețul de 6 600 de lei tonă.

DERO T: lichid netoxic și neinflamabil, utilizat ca atare, în concentrație de 5 la sută față de uleiurile de tratament termic uzuale, în scopul mării puterii de călire și emulsionare.

Se livrează în butoaie de 200 kg neto, la prețul de 32 250 de lei tonă.

În curînd un nou produs netoxic și neinflamabil, denumit DERO D — pentru degresare și spălare alcalină a elementelor de rulmenți după tratamentul termic (prin imersarea acestora sau sub jet), dar și la îndepărtarea uleiului și a peliculelor de grăsimi, provenite din operațiile de tragere și trefilare. Utilizat în soluție apoasă, în concentrație de 1–3 la sută la temperatura mediului ambiant sau între 50–70 de grade C. Soluțiile apoase avînd un crescut ph (10–11,5 la sută) este necesară ungerea în prealabil a minilor cu alifii protectoare.

Se livrează în saci la prețul de 4 220 de lei tonă.

*

În cazul în care produsele prezintă interes pentru dv. vă invităm la sediul întreprinderii DERO din Ploiești, Bd. Republicii nr. 291, telefon 3 15 28 și 3 28 38, interior 131 sau 145, pentru discuții tehnice sau comenzi.

al vîrstnicului este mai restrictiv din punct de vedere caloric, pentru a menține un echilibru între aportul de calorii și consumul mai redus al organismului. Astfel, o persoană cu talia de 1,70 cm, cu un consum de calorii de 35 kcal/kg corp/zi, va ingera zilnic numai 1 900 kcal. Din punct de vedere al conținutului în principii alimentare, se va limita cantitatea de lipide (în special cele de origine animală), deoarece contribuie la agravarea leziunilor vasculare și fac meniurile mai indigeste. Astfel, cele 1 900 kcal pe zi se vor furniza din: 250 g de glucide, 100 g de proteine și 55 g de lipide.

Glucidele se vor asigura în principal din legume, fructe, de preferat proaspete, pline și paste făinoase (nu din dulciuri concentrate din cauza scăderii, odată cu vîrsta, a secreției de insulină cu posibilitatea instalării diabetului zaharat). Proteinele, constituent de seamă al alimentației în această perioadă a vieții (în cazul cînd vîrstnicul nu are leziuni renale și hepatice severe), vor fi asigurate în primul rînd din lapte și derivate: carne slabă (de pasăre, vită, pește), albuș de ou; o cantitate mai mică din proteine va fi de origine vegetală (din cereale și unele legume). Lipidele se vor procura mai ales din grupa celor vegetale (ulei, margarină) și mai puțin din unt, gălbenuș de ou, carne și brînzeturi grase.

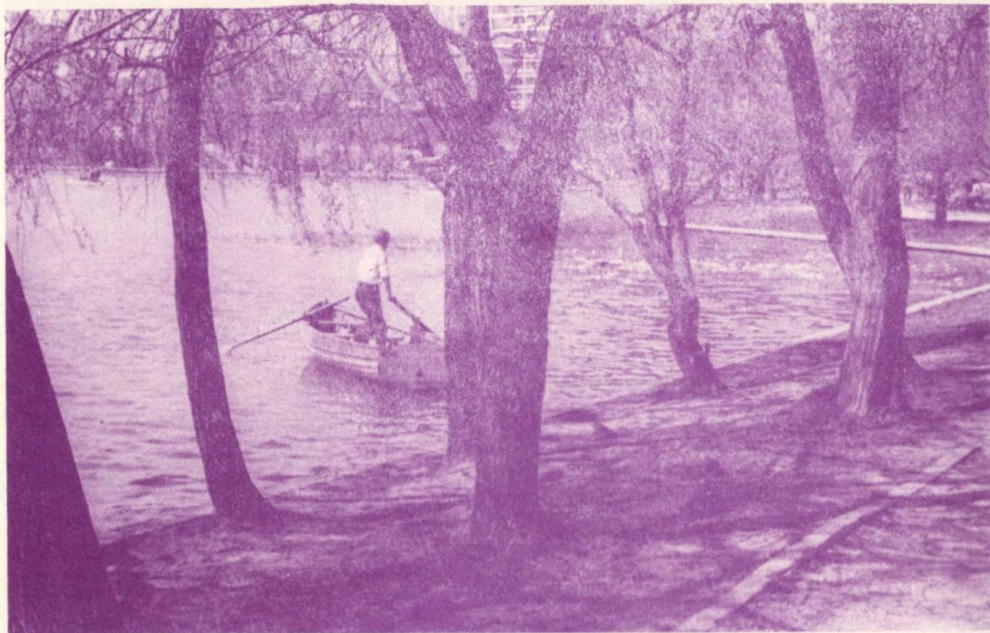
Ce alimente se pot consuma în cadrul celor 1 900 de calorii? 200 g de pline (de preferință intermediară), 200 g de mămăliguță, 500 ml de lapte sau iaurt, 150 g brînză de vaci, caș

proaspăt, 400 g de fructe, 300 g de legume, 30 g de zahăr (sau miere de albine, dulceață), 150 g de carne, un albuș de ou (sau un ou la 2 zile), 20 g de ulei și 20 g de margarină (ocazional unt).

O atenție deosebită se va acorda modului lor de preparare, preferîndu-se salatele, sucurile (de fructe și legume), fie preparate prin fierbere, înăbușire sau coacere. Condimentarea se va face numai cu pătrunjel, mărar, tarhon, cimbru, vanilie, scorțișoară. Consumul de cafea se va limita la cel mult una pe zi, exclusiv în prima parte a zilei. Se vor evita băuturile alcoolice.

Insistăm asupra respectării celor 5 mese pe zi, 3 mese principale și 2 dejunuri mici (masa de seară să nu fie servită mai tîrziu de ora 20 cu minimum 2 ore înainte de culcare), a unui orar fix pentru fiecare masă (contribuind astfel la o mai bună secreție a sucurilor digestive), a volumului redus și a consistenței meselor, renunțîndu-se mai ales în anotimpul cald la supe sau ciorbe și consumîndu-se sucuri de fructe, de roșii sau morcovi. Nu se va dormi imediat după o masă copioasă; odihna de după-amiază este bine să se facă într-un fotoliu confortabil, într-o încăpere aerisită, la temperatură potrivită, ascultînd muzică sau citind.

A trăi mult, a te bucura de realizările tale, ale celor apropiați sînt deziderate ce se pot împlini numai în condițiile unei vieți riguroso cumpătate și echilibrate, a unor preocupări permanente fizice și intelectuale, dar mai ales a respectării unor principii de alimentație rațională, adecvate vîrstei.



UMOR

EU ȘI SFATUL MEDICULUI

Ce este în mintea unora?

Se duc la medic, acesta le prescrie tot ce trebuie, iar ei fac cu totul altceva.

Eu, numai când mă gândesc cât a învățat omul ca să ajungă medic, și nu mi-aș permite să nu-i urmez sfaturile.

De exemplu, mie îmi spunea... Ce îmi spunea? A, da! „La masă, fără condimente, fără sosuri, fără băutură. E clar?”

Cum să nu fie clar?

Ia dă mai încolo gogoșarii ăia în oțet!

Hm. Rău am făcut că i-am dat mai încolo. De departe, par și mai frumoși. Exact ca tablourile: privite de la distanță par cu mult mai frumoase. Atunci le vezi adevărata valoare și le guști mult mai mult.

„Guști” am spus?

Dacă așa gusta unul? Unul singur.

E adevărat: mi-a spus „Fără condimente!” Și probabil că știa ce spune. Doar a învățat atîția ani.

Dar oțetul o fi condimentat? Știu: piparul este... ardeiul este... cimbrul este... sare... este. Dar oțetul?

S-o întreb pe nevastă-mea.

Dar de ce s-o întreb? Ea poate să spună una, eu alta, începem să ne certăm și cînd mîncîm nu-i bine să te enervezi. Chiar medicul m-a învățat asta. Și el știe ce spune; că după atîția ani de... Așa că mai bine tac. Tac și gust un gogoșar. Că unul e ca nici unul. Păi dacă unul e ca și nici unul, o să gust doi, ca să fie ca unul.

Mm!! Ce buni!

Cu sosul ce fac? Cum ce fac? Mi-a spus clar: Sos, nu! Probabil că știe el ceva, că nu degeaba a învățat atîția ani.

Dar cînd mă gândesc ce greșit judecă unii! Ei afirmă că „la sos merge un gogoșar în oțet”; dar sînt cazuri cînd la gogoșari merge un sos.

Și dacă mă întrebă mine cum am respectat sfaturile lui?

Nu. De sos nu-i spun. Nu-i spun că se enervează. Te pomenești că-i crește și tensiunea... Că o fi medic, o fi om învățat, dar e supus și el aceluiași legi care... Așa că, decît să-l am pe conștiință, mai bine-i ascund adevărul. Ar fi una din acele nevinovate și chiar recomandabile minciuni pe care, fie vorba între noi, le practică și el. Că unui bolnav nu-i spune niciodată: „Vai, în ce stare gravă ești!” Ii spune: „Fii serios, nene! În cîteva zile ești pe picioare”. Foarte bine că-i dă curaj în felul ăsta. E o minciună care ajută. Ajută psihic. El știe, că după atîția ani de învățură și de practică...

Bun medic! Merită să bem un pahar în sănătatea lui. Noroc! Ce-am făcut?! El mi-a spus: „Fără băutură”. Și o fi știind ce spune, că are atîția ani de... Dar și vinul ăsta are cîteva ani.

Și atunci, dacă mă întrebă, ce fac? Uite ce fac: îi spun doar despre ăsta; am băut în sănătatea lui. Că el, după atîția ani de medicină, știe ce importantă e sănătatea. Despre al doilea pahar nu-i mai pomenesc. Am stabilit doar: în materie de medicină prea mult adevăr strică.

Ce mi-a mai prescris? A, da! „După masă nu te culci imediat. Faci și dumneata puțină mișcare. Cîteva pași. Oricum ar fi vremea”.

Bine. Să fac cîteva pași. Numai că plouă. E adevărat, el mi-a spus: „Oricum ar fi vremea”, dar nu știu dacă s-a gîndit și la ploaie.

Dar... ia stai! Cred că mă frîmint degeaba. De la masa din sufragerie pînă la ușa apartamentului sînt cîteva pași. Cîți or fi? Ia să

văd. Unu... doi... patru... șase. Șase pași. Dacă-i fac mai mărunți, sînt chiar opt. Dacă fac drumul de la masă pînă la ușă de... Să spunem de patru ori, iată 32 de pași. Ba 64, că drumul îl fac dus-întors. Crezi că 64 de pași făcuți după-masă l-ar mulțumi? De ce să nu-l mulțumească? El a spus „cîtiva”. Iar 64 înseamnă mai mult decît cîtiva. Nu?

Dar ce ar spune cei ai casei văzîndu-mă mergînd de la masă pînă la ușă de patru ori? Nu s-ar lua de gînduri?

Lasă. Fac un singur drum, mă întind frumos în fotoliu și-mi aprind o țigară.

Dar el mi-a spus: „Gata cu fumatul”. Și o fi știind de ce, că a învățat atîția... Și atunci, dacă mă întreabă dacă am fumat, ce fac? Știi ce fac? Îi spun adevărul. Că un păcat mărturisit e pe jumătate iertat. Adică, ce-mi iartă? O jumătate de țigară? Nici nu merită discuția. Și atunci? Atunci o mai fumez și pe a doua, ca barem să-mi ierte una întreagă.

Uite așa, cu una, cu alta, i-am urmat toate sfaturile. Ce mai? Îmi simt inima ușoară.

Cum ușoară, că simt un fel de greutate. Poate trece.

Uite că nu trece. Nu mă simt deloc bine. Ce fel de medic e ăsta. Îmi prescrie tot felul de lucruri, eu le urmăz întocmai și, de simțit, mă simt la fel ca la început.

Hm! Degeaba și-a pierdut atîția ani cu învățătura...

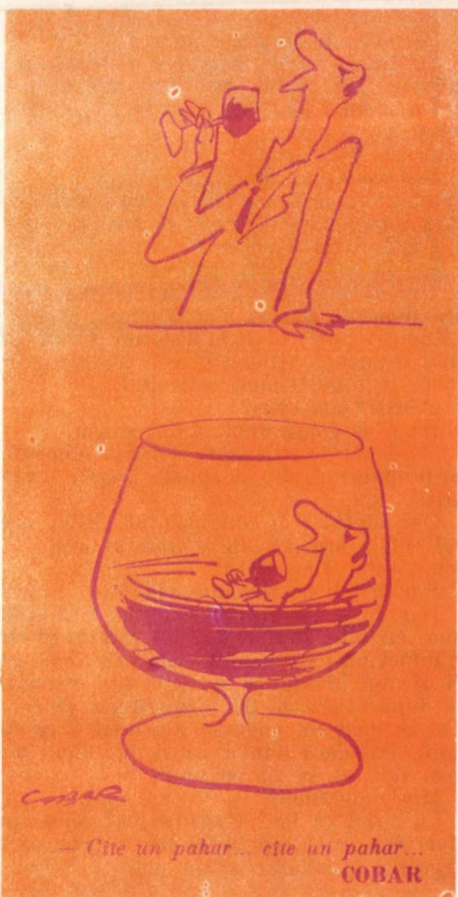
Fred FIREA

NESOCOTINȚA

*Se dă narcoză; se-operează;
Dar în ansamblu, omogen,
De aparate, perorează
Balonul pentru oxigen:
„Sînt piesa cea mai importantă!
Voi, fără mine, sînteți fleac!”
Însă purtarea-i arogantă
Nu le-a fost, celorlalți, pe plac
Și, imediat, însăși supapa
Prin care gazul se golea.
Făcu să se blocheze clapa;
Balonul prinse-a se umfla.
Și cum credea c-această stare
E-un semn că este preamărit,
Pentru înalta lui valoare,
S-a tot umflat, pîn-a plesnit...*

*Balonului ce-i luă locul,
Supapa-i spuse, instructiv:
„De vrei, cu noi, să-ți duci sorocul,
Să nu te rupi de colectiv!”*

Dr. Victor GORȘCOVĂZ



STOP!

Contradicții

Despre dînsul unii zic,
că-n viață-avea de toate;
Grăs și rumen, și voinic,
A „crăpat” de sănătate.

Dimitrie JEGA

Sfat medical la Buziaș

„De vin, de țuică, de tutun,
De-ardei, de sare să te lași”!
M-am hotărît, sincer v-o spun:
Să nu mă las de... Buziaș.

(El stomatolog, ea oftalmolog)

Duc un menaj ce îl țin minte
Și mai că-mi vine... să-i deochi,
El cere dinte pentru dinte,
Pe cînd ea vrea... ochi pentru ochi!

E. NEDELEA

CU ȘI FĂRĂ CATGUT

Igienică

Ar vrea să-l perie din nou,
Dar șeful lui, în consecință,
Îl „săpuneste” la birou
Și-l spală bine în sedință!

Petru CHIRA

Mici răutăți

— Neobrăzatul! Mi-a spus că dacă mai vor-
besc atît o să-mi taie limba.
— Și atunci ce va mai rămîne din tine?

Nu s-a orientat

— După ce termini medicina spre ce speciali-
tate înclinî?
— Cardiologie.
— Eu în locul tău aş alege stomatologia: omul
are o singură inimă, însă 32 de dinți.

Răi mai sînt unii oameni

— Îl știi?
— Desigur: este un chirurg renumit.
— M-a păgubit de un apartament și o mașină.
— Cum te-a putut păgubi?
— A refuzat să-mi dea fața de soție.

Așa da!

— Vreau să-l invit la masă pe colegul meu.
— Îl cunosc?
— Nu, dar este un băiat foarte bun. Păcat
că n-o duce prea bine cu sănătatea. Medicul
i-a recomandat o dietă severă.
— Bine, atunci poși să-l invitați la masă.

Aristide MIRCEA



— Vă recomand: mișcare în aer liber,
gimnastică!... E un medicament
vechi de două milenii!...
— Aoleu! Și de atunci medicina n-a
mai progresat de loc?

COBAR

LA CABINETUL MEDICAL

Cînd doctorița îl zări intrînd în cabinet
il recunoscă imediat:

— Aha, Oliver Lobanyai, tehnician, cinci-
zeci și doi de ani...

— Da, din păcate, oftă Lobanyai.

— Vi se pare mult?

— Dimpotrivă. Prea puțin. Dacă-mi dați
voie am să intru direct în subiect. Dv., care
conduceți cabinetul medical al întreprinderii
noastre, trebuie să mă ajutați.

— Și care-i baiul?

— Vreau să am cel puțin cinci ani în plus.

— Poate în minus, adică să păreți mai tînăr
cu cinci ani, îl corectă doctorița.

— Nu, nu, e așa cum am spus. Vreau să
fiu mai bătrîn cu cinci ani. Dacă se poate și
cu zece.

— Nu înțeleg. Pacienții doresc de obicei
să întinerească. Să fie adică mai viguroși,
mai plini de elan...

— Da, dar eu vreau tocmai contrariul,
insistă Lobanyai. Vreau să fiu mai consumat,
mai obosit, mai ramolit. Pentru un medic ca
dv., cu rutină, lucrul acesta n-ar fi prea greu...

Doctorița încruntă din sprincene:

— Numai că „lucrul” acesta nu se împacă
deloc cu etica medicală, domnule Lobanyai.
Pe noi ne interesează sănătatea, fericirea
și mulțumirea salariaților...

— Păi, tocmai despre fericire e vorba, o
înterupte Lobanyai. Veți contribui la feri-
cirea și mulțumirea mea dacă imi veți da
măcar un sfat în privința celor cinci ani pe
care vreau să-i adaug.

— Dar de ce? Fiți, vă rog, mai clar.

— Am răspândit printre tovarășii mei de muncă vestea că anul acesta împlinesc cincizeci și șapte de ani. Dar nu prea vor să mă creadă.

— De ce?

— Spun că par mai tânăr, mai plin de vitalitate. Nu-i așa că e îngrozitor? Blestematul ăsta de ten neted, corpul drept, capul fără pic de chelie. Ce să mai spun, par ca de adolescent. Ah, de-aș avea măcar un pic de burtă, dacă mi-ar tremura miinile... Oare nu s-ar putea să mă trimitеți cu recomandare la un specialist în operații estetice?

— Iartă-mă, dar tot nu înțeleg de ce aveți nevoie de toate astea.

— Un medic bun ar putea să-mi umple obrazul cu riduri sau să mă cocoșeze, sau să-mi dea un medicament care să mă facă să tremur...

— Glumiți, desigur. Vă place chiar atât de mult să fiți bătrîn?

— Nu-mi place, dar e o chestiune vitală. Vreau să fiu avansat. Să am o leafă mai mare, să profit de diferite avantaje... Înțelegeți?

— Nu. Pentru că spre a fi avansat ar trebui, dimpotrivă, să păreți tînăr, activ, plin de îndrăzneală.

— Vorbe. Ajutați-mă să arăt mai bătrîn cu cinci ani și o să vedeți.

— De ce vă învîrțiți mereu în jurul aceleiași vîrste?

— Vedeți, majoritatea oamenilor vor să fie mai tineri. Asta din necunoștință de cauză. Nu cunosc prevederile Codului muncii. Fiți atenți: în ultimii cinci ani, cei mai buni, salariații intră în calcul...

— În ce fel de calcul?

— Cel de pensie. Așa că acelaia care se pregătește de pensionare, indiferent de munca lui, i se majorează salariul de la sine. Aceasta ca să primească o pensie mai mare. E o lege nescrisă.

— Dar dumneata nu te pregătești încă de pensionare.

— Nu, dar răspîndesc această veste. De aceea spun tuturor că am cincizeci și șapte de ani. Ca să mi se dea un post mai mare, ca să mi se dea prime... Și o să mi se dea, fiindcă și ei or să se pensioneze într-o zi. Și știți la ce mai visez?

— Drept să spun, nu-mi dau seama.

— Să devin șeful serviciului. Or, dacă mă văd sănătos, plin de vigoare, sprinten și nemaipomenit de harnic, nu mai ajung șef cit e hăul. Așa că vă rog să mă ajutați.

Doctorița zimbi amuzată.

— Ați uitat un singur lucru, zise. Actele sînt acte. Ce-o să faceți cu ele? Mă îndoiesc că le veți falsifica.

— Nici nu-i nevoie. Actele se cer abia la urmă. Principalul e să se spună despre mine: sârmanul Lobanyai, are cincizeci și șapte de ani, e în pragul pensionării, nefericitul...



Medicul — Ai auzit de sedentarism?
El — De unde să aud?! Că eu mai mult stau în casă!

COBAR

— Și ce se va întîmpla peste trei ani, cînd se va dovedi că nu aveți încă șaizeci?

— Ce să se întîmple? O să spun că sînt atât de ramolit încît nici vîrsta nu mi-o mai țin minte și n-o să-mi mai facă nimeni nimic. Și știți de ce? Fiindcă voi avea deja funcția de șef de serviciu și, puteți fi convinsă, va fi prea tîrziu ca să mi-o ia!

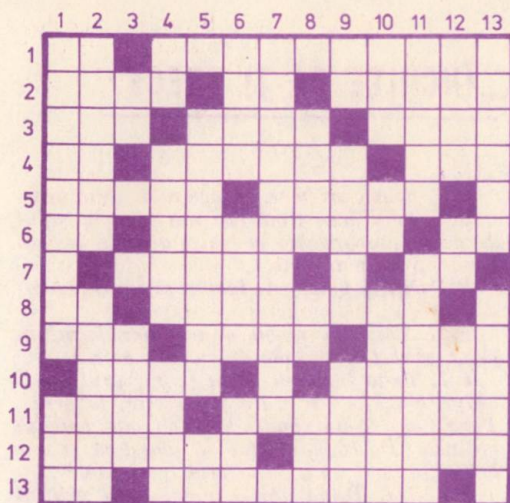
S. NOVOBACZKY (R.P. Ungară)

Traducere de Teodor CUTLIC

TUTUNUL SAU SĂNĂTATEA? ALEGEȚI!

ORIZONTAL: 1) Bețe sau un pachet de țigări! — Acid foarte toxic, prezent în fumul de țigară. 2) Cauza multor afecțiuni! — Dureri la inimă! — Principalul organ care are mult de suferit de pe urma tutunului, cele mai favorizante afecțiuni fiind ateroscleroza, cu localizare coronariană (angina de piept) și infarctul miocardic. 3) Scoate fumul pe nări! — Se îngălbenește din cauza fumatului (pop.) — Nu are voce. 4) Zoe Herescu — Fumul uneia singure conține 1 mg de nicotină, adică atît cît poate să ucidă un cîine mare! — Vechi popor din Italia. 5) Altă denumire a tabacului — Vătămător ca fumatul. 6) Cămașă rustică — Intoxicat cu nicotina din tutun — Crucea Roșie. 7) Deprimarea nesănătoasă a „sinucigașilor de cursă lungă” — Oprește-te! 8) În limitele legii! — Alcaloid foarte toxic din tutun. 9) Arbore — Cunoscut dramaturg englez care, într-o celebră butadă spunea: „Să renunț la fumat? Nimic mai simplu. Eu am făcut-o pînă acum de mii de ori...” — Munți în răsăritul Europei. 10) Comună în R.F. Germania (Hannover) — Specific unui popor. 11) Nevăzători — Afecțiuni ale stomacului favorizate de fumat. 12) Amenință cu mult mai de vreme pe fumători — Amator de „tărie”! 13) Staniu (simbol) — Afecțiuni ale căilor respiratorii imputate tabagismului.

VERTICAL: 1) Hidrocarbură considerată cancerigenă, aflată în fumul de țigară — Organizația Mondială a Sănătății, care deschide campania împotriva fumatului sub lozincă „Tutunul sau sănătatea? Dv. alegeți cel ce alege!” 2) Parte a căilor respiratorii a cărei mucoasă se inflamează frecvent la fumători — Substanțe care conțin hidrocarburi policiclice cancerigene și care se găsesc în concentrație mare în fumul de tutun inhalat (sing.). 3) Tare la anatomie — Mare producătoare de havane. 4) Căș gol! — Reprezintă un factor de risc suplimentar în dezvoltarea și apariția cancerului și maladiilor vasculare, cele două cauze principale ale mortalității în societatea modernă — Ciob. 5) Forță vitală, creatoare — Tudor Rotaru. 6) Dune de nisip din Sahara — Mare compozitor german — Diminutiv de la George. 7) Vătămătoare, ca orice țigară. 8) Vale glaciară secundară — Tom Winter — Substanțe toxice speciale (abr. mil.). 9) Este (pop.) — Cianhidric, formic, acetic și alți asemenea compuși chimici toxici prezenți în fumul de țigară — Toc de piele pentru



țigări, ochelari ș.a. 10) ADN în terminologia anglo-saxonă — Ion Creangă — Hrănit. 11) Comună în județul Prahova, cu prima rafinărie de petrol din lume (1857) — Vrednice. 12) Nespălat (ban.) — Oxidul de carbon, gaz prezent în fumul de țigară, cauzator al multora din tulburările cardio-vasculare — Usturoiată (pop.). 13) Boală necrutătoare cu localizări multiple, în care fumatul joacă un rol favorizant și agravant, mai ales în localizarea pulmonară — Alte grave afecțiuni ale tubului digestiv favorizate de fumat.

Dicționar: deșt, osc, Duhm, areg, trog, DNA, imos, aită.

Dr. Nicolae ANDREI



„ÎNGHITE CĂ-ȚI TRECE“

B.1. Bravo prietene, văd că te-ai făcut bine.

B.2. Pe dracu. Până ieri îmi pleznea capul de durere, acum am și palpitații de inimă. De-ar fi numai asta...

B.1. Nu se poate. Ai luat ce ți-am recomandat eu?

B.2. Tot. La micul dejun mezaform, la prinz colebil și înainte de culcare nefrix.

B.1. Le-ai încurcat. Asta e. Nefrixul dimineața, mezaformul seara și colebilul la prinz. Parcă așa ți-am spus... hai? Ei, nu contează ordinea. În stomac totul se amestecă și... e bine. Glutacit sau... Glutacid... ai luat?

B.2. Da. După ora 3 noaptea, la prinzul cîntat de cocoș.

B.1. Pe asta l-ai luat bine. Eu zic să mai repeți o dată sau de două ori tratamentul. Poate te lasă inima...

B.2. De tot?

B.1. Durerile, palpitațiile.

B.2. Nu mai repet nici un tratament.

B.1. Eu zic să-l repeți și să mai adaugi o pastilă de meprobramat la micul dejun. Ce vrei, cu o singură tură de manivelă să te faci bine?

B.2. Spune-mi, te rog, prietene. La ce boală ai făcut tratamentul pe care mi l-ai recomandat și mie?

B.1. La nici una. Să bat în lemn. Am eu față de om bolnav? Unchiul meu, de la Galați, el e cu bolile. De patru ori l-am chemat la telefon — fără taxă inversă — pentru exactitate. Ca să vezi ce prieten bun ai.

B.2. Și unchiul tău a avut dureri de cap... ca și mine?

B.1. Nu! El se plinge de stomac sau... splină... cam așa ceva. Zic, se plinge, că lui nu i-a ajutat tratamentul.

B.2. Stomacul? Și îmi recomanzi mie aceleași medicamente contra durerilor de cap?

B.1. Lui nu i-au ajutat, ție... poate da... Organismele oamenilor diferă. Ele reacționează diferit și... ce, ce ai prietene, ți-e rău?

B.2. Cred că mezaformul își face efectul.

B.1. Atunci... e bine.

B.2. „Excelent“... Cheamă Salvarea.

Sin ARION

FĂRĂ DURERE

Anticamera unui dentist. Pe banchetă un om, îmbrăcat sărăcăcios, așteaptă cu fața înfășurată într-o batistă de sub care se poate vedea obrazul umflat și uns cu untură de găină. Când pe ușa cabinetului își face apariția o soră, bărbatul cu obrazul umflat o întreabă:

— Fiți bună, cit cere doctorul pentru scoaterea unui dinte?

— 20 de bolivari.

— 20 de bolivari? Se vede că glumiți.

— Nu glumesc deloc. Aflați însă că de la doi dinți în sus prețul începe să scadă. Cîți dinți aveți de scos?

— Unul!

— Unul singur? De ce nu scoateți mai mulți ca să vă coste mai ieftin?

— Fiindcă atîta mai am.

În acest moment se aude un strigăt disperat din cabinetul medicului stomatolog.

— Ce-a fost asta, domnișoară?

— Un client, îl lămurește sora. Probabil că domnul doctor a făcut o extracție fără durere.

— Dacă-i fără durere de ce țipă?

— Fiindcă e fără durere sufletească.

Bolnavul nu înțelege nimic. Peste cîteva minute se aude însă un al doilea strigăt, mai puternic decît cel anterior.

— Și acum? Întreabă bolnavul din anticameră. Acesta e un alt client?

— Nu, nu. E același. Dar aici clienții obișnuiesc să ție de două ori: prima oară cînd doctorul le scoate maseaua și a doua oară cînd le scoate cei 20 de bolivari. E o normă de la care nu se abate niciodată această clinică. Dacă nu mă credeți fiți atenți la bolnavul care a intrat acum în cabinet.

Într-adevăr, pe ușa cabinetului tocmai intra un bărbat cu falca umflată ca un cîmpoi. După cîteva minute de liniște se auzi clasicul strigăt: Auuuu!

— Ați văzut? I-a scos maseaua, spuse sora.

După alte cîteva minute de liniște se auzi un nou strigăt de groază.

— Acum îi ia cei 20 de bolivari! remarcă, foarte sigură, sora.

Dar pe neașteptate se aude un al treilea strigăt, mai cumplit decît toate.

— Și acum, ce se întîmplă? Întreabă bolnavul din sala de așteptare.

— Acum? La naiba! izbucni sora. Sint complet dezorientată. Asta nu s-a mai întîmplat.

Apoi, cu o scîlpire bruscă de inteligență, adăugă:

— Ah, da. Asta trebuie să fie. Acum cel care strigă e doctorul.

Aquiles NAZOA (Venezuela)

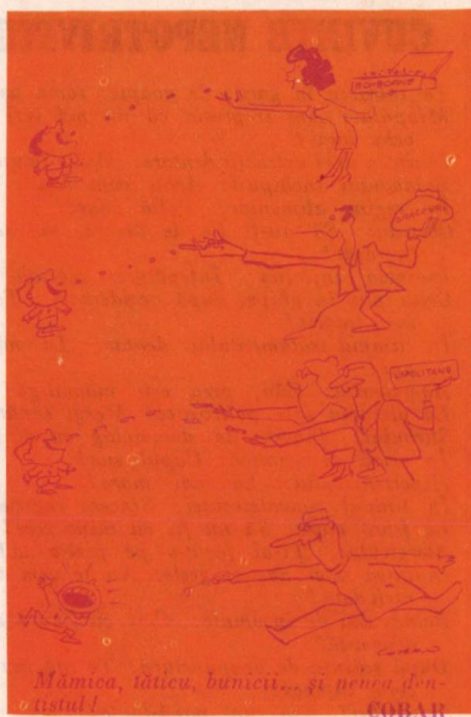
Traducere de

Vasilica CASTILLO-GAMARDO



UNUL CARE RECLAMĂ!

- Au, au! Vai, vai!
- Ce e, ce s-a întâmplat?
- Să vezi, lucrăm la compresor și la un moment dat: „pir, hîr, pleosc, trosc“... asta e! (arată degetul)
- Asta e?! E grav; ești un „accidentat“!
- Păi sigur, mă duc să reclam!
- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea ajutor social; mă duc să reclam.
- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea concediu medical.
- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea un bilet la Băile Felix! Să-mi regenerez degetul!
- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea un bilet la mare să stau cu degetul la soare!
- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea un bilet la Sinaia, să-mi ozonizez degetul!



- Foarte bine, reclamă!
- Să mi se dea...
- Reclamă!
- Să mi se facă...
- Reclamă!
- Că eu sînt cel mai...
- Reclamă!
- Că eu sînt foarte cel mai...
- Mai bine reclamă-l pe cel care nu a știut să-ți facă instructajul de protecția muncii!
- Păi sigur, „reclamă-l“, dar nu pot!
- De ce? cine se ocupă la voi de protecția muncii?!
- Cum cine... EU!

Nicolae MANGU

CUVINTE NEPOTRIVITE

*La intrarea în garda de noapte: somn ușor!
Miopului: Am impresia că nu mă vezi cu
ochi buni!*

*Înainte a unei extracții dentare: Multe înainte!
Bolnavului închipuit: Arăți cam rău!*

*În regim alimentar: Poftă mare!
Obezului: Să nu-ți fie de deochi, tu! te-ai
îngrășat!*

*Înainte a unei injecții: Înșepătură plăcută!
Celui pus în ghips, după accidentare: Te-ai
mai întărit!*

*În timpul tratamentului dentar: La mulți
ani!*

*Anemicului: Zău, prea ești mămăligă!
La plecarea spre policlinică: Mergi sănătos!
Știrbului: Ține-te de stomatolog cu dinții!*

*În criză de sciatică: Capul sus!
Hipertensivului: La mai mare!*

*În timpul convalescenței: Sincere regrete!
La febră mare: Să nu fii cu mine rece!*

*Alergicului: Ți-ai făcut-o pe pielea ta!
Înainte a unei nașteri grele: Nu te vom uita
niciodată!*

*Bolnavului de insomnie: Ce-i cu figura asta
adormită?*

*După ședința de acupunctură: Te rog, nu-mi
vorbi înșepat!*

*Sugarului: Ești un papă-lapte!
Înainte a anesteziei generale: Să nu mai fii
nesimțitor!*

*Celui răcit puternic: Judecă la rece!
Hepaticului: Ce ți-am spus, de te-ai îngălbenit
așa?*

Suferindului de migrenă: Vai de capul tău!

V.D. POPA

DIN UMORUL STRĂIN

Un șef suspicios își vizitează la spital un subaltern:

— Te-am suspectat Smith că simulai, dar acum constat cu plăcere că ești grav bolnav...

Un cowboy bătrân a adus la un medic un cowboy tânăr, care șchiopăta vizibil:

— Domnule doctor, ajutați-l pe ginerele meu. L-am rănit ieri la picior, când am tras cu pușca în el.

— Nu-ți este rușine să tragi în propriul dumitale ginere?

— Când l-am împușcat nu era încă gine-rele meu...

Traian GĂRDUȘ



— Doctore, de când am aflat că și Cezar, Napoleon, Victor Hugo erau mici de statură mă încercă un teribil complex de superioritate...

MATTY



— Nu, nu așezi nimic! Stătești ipo-hondră!

— Încă o boală pe capul meu!

Desen de Eugen TARU

GHICI CIUPERCĂ!!!

Un restaurant ca oricare altul. Oră de vîrf. Clientul în așteptarea celor comandate privește aiurea. Și totuși face o remarcă: toți ospătarii poartă doliu. Inclusiv șeful de sală, debarasoarele și vânzătorul de Loz în plic...

Clientul profită că ospătarul se îndeletnicea cu așezarea colțelului și a garniturilor în farfurie și-l întreabă:

— Dar... de ce tot personalul restaurantului poartă doliu?

— Ieri a murit cel mai bun client al nostru. De zece ani consuma zilnic treizeci de halbe și zece kilograme de vin.

— Din ce cauză a murit?

— Habar n-am...

Aristide MIRCEA

TATĂ SEVER

— Ionel! Adu-mi carnetul de note.

— Tăticule, ești tare?

— Fără comentarii! Carnetul!

— Mă rog... Poftim...

— Asta e: cinema, televizor, toată ziua joacă... patru la anatomie...

— N-am știut unde este pancreasul...

— Bine ți-a făcut! Altădată să știi unde-ți pui lucrurile.

Stelian FILIP

ÎN PIONEZE

Obezului

Kilograme-n plus ai luat?

Ține seama de un sfat:

Unde-i multă greutate

E puțină sănătate!

Abuz

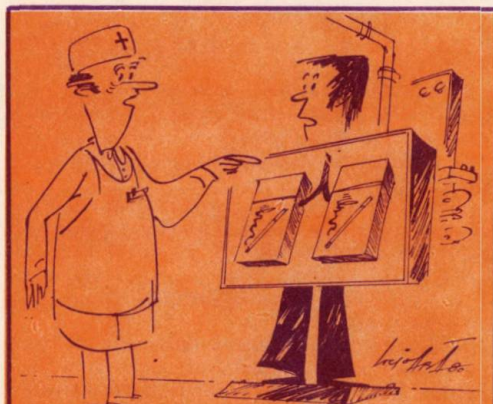
De ți-ai cîntări, vecine,

Doctoriile luate

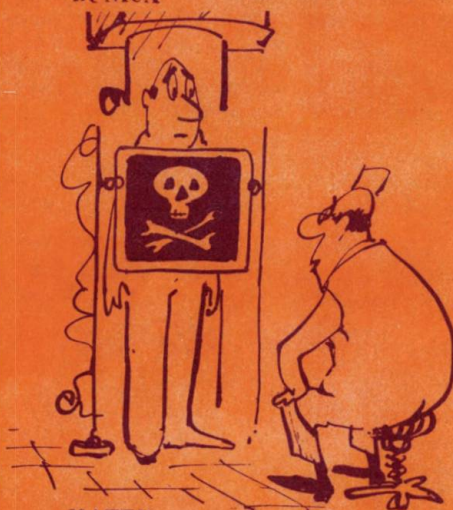
Cantitatea de buline

Te-ar întrece-n greutate!

Gheorghe ZARAFU



LUNICA



MATTY



— Gero vital aveți? !?...

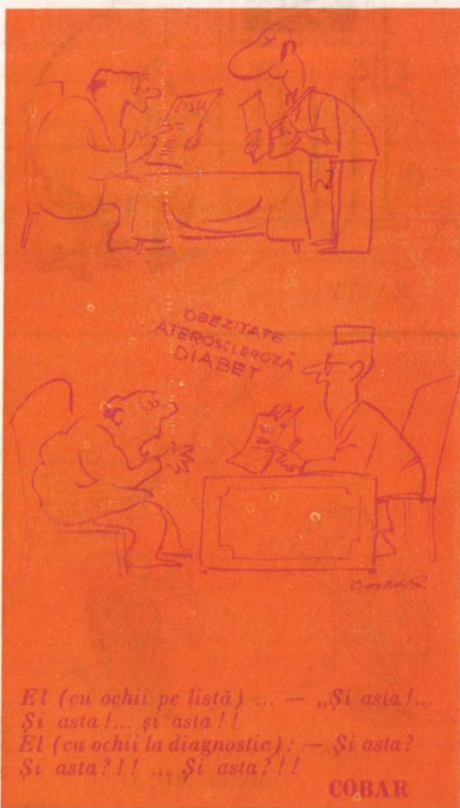
Matei MIHAI

Femeia și medicul

Este îndoește cunoscut că, dintre animale, cîinele este cel mai bun prieten al omului, îndeosebi al bărbatului. Cu același succes putem afirma că cel mai bun prieten al femeilor este medicul.

Bărbaților nu le place dacă îi întrebi despre ceva ce le displace; țin mai mult să vorbească despre ce au pe suflet. De aceea preferă să aibă în preajma lor un cîine. Acesta îi privește cu ochi gînditori, își așază botul pe genunchii stăpînului și tace...

Cu femeile se petrece tocmai invers. Ne place mult cînd sîntem întrebate cum ne simțim. Dacă stăm cel puțin cinci minute cu capul plecat și în acest interval de timp nu se va interesa nimeni de starea noastră, ne simțim demoralizate. „Tu nu vezi în ce hal sînt și nu-ți trece prin cap să mă întrebi ce se petrece cu mine?” — spunem deseori soțului. Dacă este vorba de sănătatea noastră, devenim de nestăvilit.



El (cu ochii pe listă) ... — „Și asta!...
Și asta!... și asta!!
El (cu ochii la diagnostic): — Și asta?
Și asta?!?! ... Și asta?!?!

COBAR

— Știi, spune soția, am dureri la plămînul stîng. Ce poate să fie?

— Poate te paralizează? întrebă cu speranță soțul și adaugă imediat decepționat: Dragă, mai curînd durerea provine datorită faptului că ai dormit prea mult pe coasta stîngă.

A doua zi ea se înapoiază radioasă acasă.

— N-am spus eu? declară triumfătoare. Am fost adineauri la medic și el a constatat că sînt foarte grav bolnavă...

— Dar ce ai? întreabă soțul, fără să-și ia privirea de pe pagina sportivă a ziarului.

— N-am reținut numele bolii, a spus medicul ceva în limba latină, dar uite-te la rețetă.

Soțul examinează cîteva minute rețeta, apoi spune:

— E vorba de vitaminele cele mai obișnuite.

— Singur ești o vitamină! țipă soția și dă fuga la prietena sa.

— Sînt foarte grav bolnavă, spune ea prietenei. Nu știu dacă voi scăpa cu viață...

— Medicul este priceput?

— Desigur! E un om extraordinar! Îți amintești: anul trecut Marila s-a îmbolnăvit și a avut temperatură mare. Toți spuneau că e vorba de o răceală trecătoare și că peste vreo două zile se va simți mai bine. Într-adevăr, peste două zile ea s-a însănătoșit, analizele erau excelente și numai medicul a constatat că are pneumonie. Röntgenul nu a confirmat diagnosticul, dar situația a dovedit că un diagnostician bun este superior unui Röntgen și altor microscopie!

— Exact! Cunoșc și eu un astfel de medic. Soția fratelui meu l-a solicitat cînd a avut o iritație pe față, iar el a constatat imediat că suferă de malarie.

— Un medic excelent! Nu ca Rafael, de pildă. Îl cunoști?

— Pe acest analfabet! Desigur! O dată l-am chemat la mine acasă. I-am spus că am difterie, iar el a susținut că sufăr de o anghină banală. Îți imaginezi?

— Cum a rămas pînă la urmă?

— Aveam anghină, dar ce importanță are? Mă înnebunește totdeauna trufia lui. Îți amintești ce a făcut cu marchiza Fod du Deppé? O tratau cu un medicament neobișnuit, pe care îl aduceau special pentru ea, cu avionul de la Londra, iar el a vindecat-o cu cîteva lingurițe de bicarbonat banal.

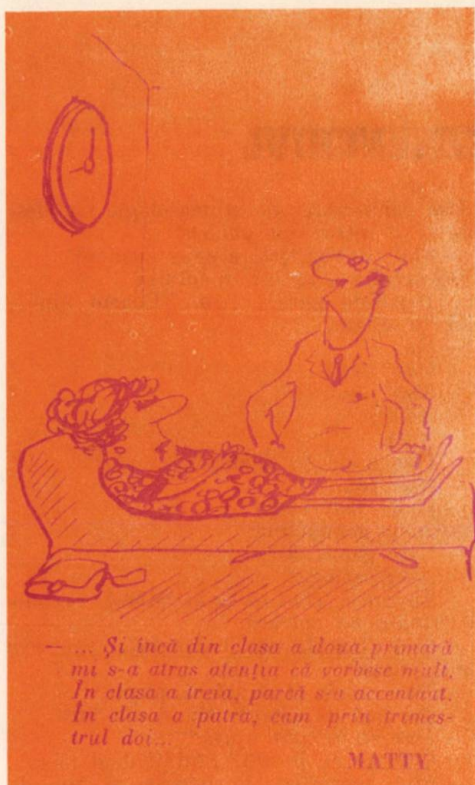
Ce grozăvie!

— Din fericire medicul meu este extrem de atent.

— Poate să-l trimit la el pe soțul meu?! Se plînge mereu în ultimul timp că are dureri la stomac...

— Fleacuri! Să nu dai nici o importanță... văicărelilor bărbaților...

Mercedes BALIESTEROS (Spania)



I.T.N.

M-am întâlnit cu nea Pădele
aseară, într-un magazin,
și tot vorbind de toate cele
mi-a spus, cu un suris blajin:

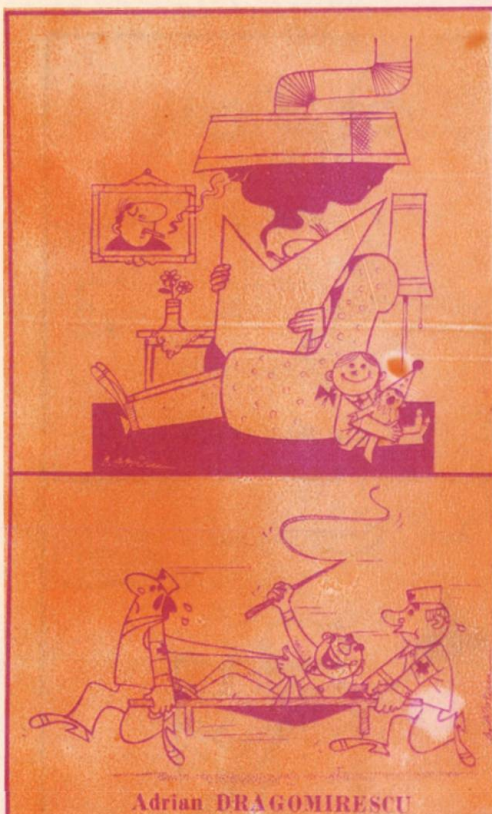
— Ce-ar fi să treci și pe la mine?
Hai chiar acum. Să vezi de ce:
am niște rașă cu măsline,
aspic, ficat și... I.T.N.

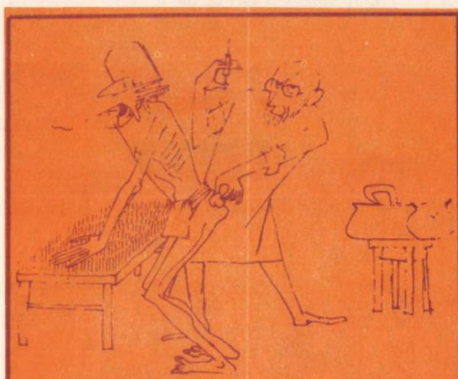
Am stat nedumerit în cale:
— Gustările-s un bun prolog,
dar de plăminii dumitale
de ce mi-ai pomenit, mă rog?

Imaginea o fi normală,
toracele-i solid, precis...
A ris Pădele: — Măi Păcală,
eu alta am avut de zis.

Și-am înțeles, în plină toamnă,
ce nici cu gândul n-ai gindești:
că I.T.N. la el înseamnă
Ivești, Tirnave, Nicorești...

Andrei CIURUNGA





CLK DAMADIAN



TITI GHEORGHIU-VASLUI



— Ce pretenții aveți?! Aci e restaurant
a treia nu „Intercontinental”

Desen: Eugen TARU

GENUNCHIUL

Ușa cabinetului de stomatologie s-a deschis și a intrat un pacient.

— Stai, te rog, jos, a spus medicul.

Bolnavul s-a așezat în fotoliu.

— Deschide gura... Așa... Foarte bine... Aici te doare?

— Nu.

— Dar aici?

— Nici aici.

— Aici?

— Nu-u.

— Dar unde te doare?

— Mai jos.

— Unde mai jos?

— Aici, genunchiul.

— Care genunchi?

— Țsta, stingul.

— Tovarășe, cred că te-ai rătăcit. Trebuie să consulți un chirurg.

— Știu. Dar la ușa cabinetului său e o coadă mare.

— Nu-i nimic. O să aștepti puțin.

— Nu pot să aștept. Mă doare tare.

— Dar eu te pot ajuta?

— Cum să nu puteți? Sinteți doar medic.

— Sint specialist în măsele și nu de genunchi.

— Dar care-i diferența?

— Foarte mare. Genunchiul nu are nici o legătură cu dinții.

— Depinde. Uneori am dureri atât de mari încât scrișnesc din măsele.

— Dar dinții nu te dor.

— Deocamdată nu. Dar dacă nu-mi vindec genunchiul, o să rămân fără dinți.

— De acord. Genunchiul trebuie tratat. Dar ca să te vindec, ai nevoie categoric de un alt medic. De un chirurg.

— V-am spus doar că la ușa lui e o coadă foarte mare.

— Ce importanță are că vei sta la coadă?!

— Cum așa? La unele magazine dacă un vânzător e aglomerat îl ajută totdeauna un coleg de muncă.

— Dar aici e spital și nu magazin.

— Înțeleg. Nu m-aș fi dus cu genunchiul meu la un magazin.

— Atunci de ce ai venit la mine?

— Sinteți doar medic și nu lucrător din comerț.

— Crezi că dacă cineva e medic trebuie să se priceapă la toate?

— De ce la toate? Nu v-am rugat să-mi reparați televizorul.

— Fii bun și înțelege-mă că genunchiul dumitale și televizorul sint unul și același lucru.

— Dar pentru mine nu. Fiindcă genunchiul mă doare, iar televizorul merge bine.

— Să lăsăm televizorul în pace. Îți repet încă o dată că nu tratez genunchi. Dacă la chirurg e coadă, vino mine.

— Dar dacă până mâine genunchiul trece de la sine?

— Foarte bine!

— Cum foarte bine? Dacă totul va trece de la sine, de ce să existe profesiunea de medic?

— Ca să îngrijească bolnavii: cei de urechi — urechile, cei de ochi — ochii, iar cei de genunchi — genunchii. Lămurit?

— Lămurit!

— De ce îți sufleci pantalonii?

— Ca să mă examinezi.

— De ce să te examinez? Dacă ai avea dinți la genunchi, te-aș examina. Ai cumva acolo dinți?

— Nu.

— Deci n-am la ce să mă uit.

— Cum n-aveți ce vedea? Dar la asta n-o să vă uitați?

— Ce este?

— O vinătaie.

— Nu-i nici o vinătaie. E cerneală.

— Cum se poate?

— Da, cerneală. Fricționează locul, fricționează... ai văzut că a dispărut.

— Într-adevăr, și ați afirmat că nu mă puteți trata... Ce faceți?

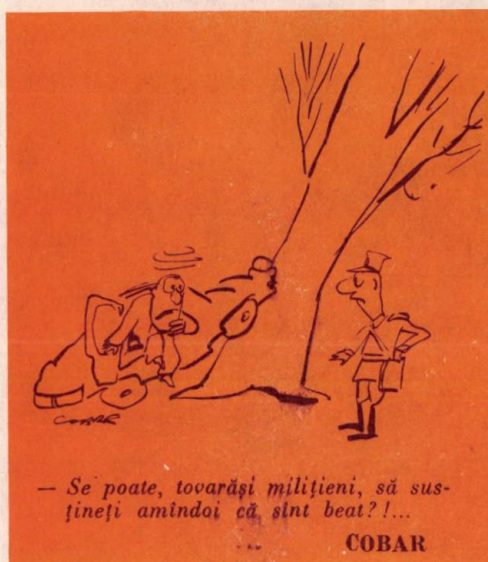
— Mă duc la oftalmolog.

— De ce?

— Uite așa... Mă... doare stomacul...

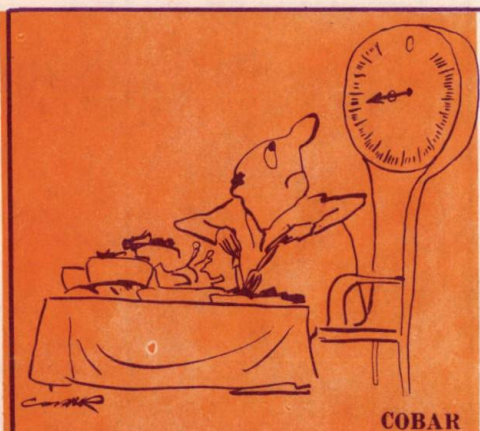
A. KURLEANDSKI și A. HAIT (U.R.S.S.)

Traducere de Val Tescoveanu



— Se poate, tovarăși milițieni, să susțineți amindoi că sînt beat?!...

COBAR

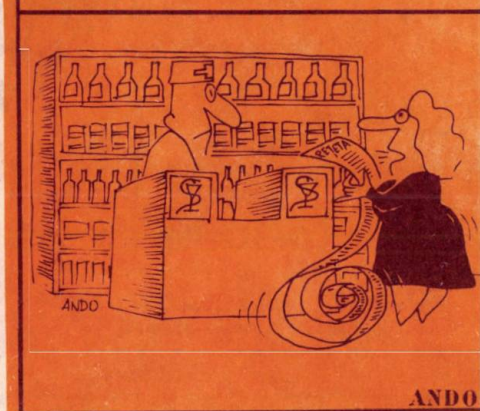


COBAR



— Nu la S de la Stamate trebuie să mă căutați în fișă, ci la B! Bach Sebastian Johan!

MATTY



ANDO



— Nu mai țin minte exact ce fel de
pilule mi-a recomandat doctorul,
dar... mă lămuresc eu!...

COBAR

„Supra-supra-alimentatie”

Părinți și copii

Iată un tată fericit: are un băiat mare, frumos, student la medicină în anul întâi... un tată fericit, ce mai! I-a închiriat o cameră, să nu stea copilul la cămin, îi trimite lunar trei sute de lei... masa o are asigurată...

I s-a făcut dor de băiat. A urcat în tren și după trei ore a ajuns în București. Băiatul l-a așteptat în gară. Un tată fericit!...

După ce și-a reținut locul la hotel, tată și fiu au pornit să hoinărească prin oraș...

— Da, da... Se împlinesc zece ani de când n-am văzut Capitala... Eram cu zece ani mai tânăr, știu... năzdrăvan mai erai!

— Ce vrei? eram copil.

— Acum ești bărbat în toată firea! Student la medicină. Bravo, măi băiatule!... Frumoasă zi.

— Splendidă!

— De mult nu ne-am mai plimbat noi doi, dragul meu.

— Da, tată...

— Sint fericit! Am un băiat student. Viitor medic... Cu banii te descurci?

— Să zicem... Totuși, dacă ai putea...

— Bine. Să vedem... Asta-i Facultatea de drept, nu?

— Da, tată.

— O știu. E neschimbată... Te-ai gândit: pentru ce specialitate inclini?

— Interne.

— Mă rog... Deși, cred că era mai indicată pediatria... sau chirurgia... eventual neurologia: cu decibelii aștia...

Tinărul oftează de două ori scurt și o dată lung!

— Toate-s bune, tată...

— Nici stomatologia nu-i rea. Ce zici, doctore?

— E prea devreme, tată!...

Plimbarea se continuă spre Operă...

— Uite și Opera! Am fost. De mai multe ori. Am văzut „Bărbierul din Sevilla”. Cu Herlea. Ce voce!

Și tatăl cel fericit începe să cinte, spre surprinderea și amuzamentul trecătorilor: „Figaro si, Figaro la, nu crede și nu cerceța; Figaro-n sus, Figaro-n jos...”. Băiatul este un pic stinjenit...

— Parol, c-a fost foarte frumos!... Uite și restaurantul din colț. Cum îi zice?

— „Opera”... Au și ciorbă de burtă, bere rece...

— Pe toate le-ai învățat!

— Ei, tată...

— Lasă, lasă, am glumit. Sint mindru de tine, fiule!... Să traversăm.

Cei doi traversează prin locurile marcate pentru pietoni și continuă plimbarea pe un bulevard străjuit de foioase. Un tată fericit!...

Se opresc în fața unui edificiu. Tatăl cel fericit este un pic nedumerit:

— Și edificiul ăsta?

— Care?

— Cel din fața noastră. Ce reprezintă?

— Să fiu sincer, nu știu...

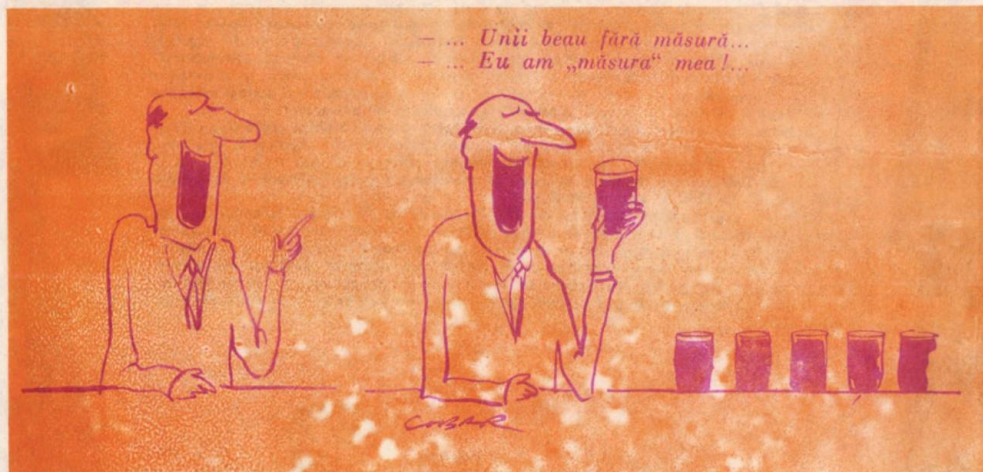
Apare un milițian și tatăl cel fericit se adresează cu tonul cel mai respectuos:

— Fiți amabil, ce reprezintă edificiul acesta?

Și milițianul, care în asemenea cazuri este deosebit de amabil, îi răspunde tatălui cel fericit:

— Este Facultatea de medicină.

Aristide MIRCEA



— ... Unii beau fără măsură...

— ... Eu am „măsură” mea!...

SFATURI PRACTICE — UȘOR DE APLICAT DE ORICINE

Almanahurile au avut întotdeauna în cuprinsul lor sfaturi practice. Cele pe care vi le oferim în rândurile următoare sînt nu numai practice, dar și ușor de aplicat de oricine, avînd o eficiență maximă. Cu o condiție: să se folosească o gamă largă de produse chimico-casnice realizate în țara noastră.

● Asigurați rapid și fără eforturi curățenia geamurilor folosind sprayurile „Di-Da”, „Confort”, „Cristal” și „Vitro”. ● Faianța din bucătărie și baie va fi strălucitoare dacă o veți curăța cu sprayul „Di-Da” faianță. ● Piatra de pe căzile de baie și WC-uri se îndepărtează ușor folosind produsele din gama „Nufăr”. ● Albirea și dezinfectarea chiuvetelor și obiectelor sanitare se realizează cu „Demar” super. ● Aragazele se mențin curate folosind sprayurile „Triumf” și „Plitex”, iar cenușa din sobe se îndepărtează rapid cu produsele „Sidel” și „Coșarul”. ● Întreținerea mobilei lustruite și a mobilei de bucătărie se asigură folosind sprayul și emulsia „Ecran” și sprayul „Di-Da”. ● Parchetul poate fi menținut curat cu ajutorul cerii „Ecran” — antiderapantă și insecticidă, iar după tratarea lui cu „Palux”; rețușurile se realizează cu ceara specială „Ecran”. ● Curățirea covorilor și a tapiteriei se poate asigura în bune condiții cu detergentii speciali „Dero” și „Perinița”, iar a mochetelor cu produsul „Perinița-mochete”.

● Blănușile naturale cu firul scurt pot fi curățate, iar îmbrăcămintea din piele spalt poate fi împropățată în minimum de timp, cu maximum de eficiență, folosind produsele chimice din gama „Miorița”. ● Petele de pe textile se scot ușor folosind diferite produse chimice în raport de natura petei: „Antirugin” (pentru petele de rugină), „Rip” și sprayul „Favorit” (pentru petele de grăsime), „Rip” și sprayul „Primăvara” (pentru petele de cerneală). ● Pentru curățirea obiectelor diverse aveți la dispoziție sprayurile „Universal” și „Lustril”. ● Acurățarea lentilelor de ochelari o puteți menține folosind batonul „Cristal” și foilele „Cadran” (și cu efecte de antiaburire).

● Asigurarea unui microclimat plăcut în încăperi se poate realiza rapid cu ajutorul deodorantelor sub formă de spray: „Farmec” (cu aromă de citrice), „Farmec L” (cu aromă de levantică), „Farmec M” (cu aromă de mentă), „Farmec B” (cu aromă de brad), „Liliac” și „Di-Da” pentru încăperi. ● După terminarea activității culinare în bucătărie folosiți sprayul „Di-Da” — pentru bucătărie.

Încheiem aceste sfaturi practice cu recomandarea ca în timpul folosirii lor să adoptați unele măsuri de precauție: în cursul spălării unor obiecte cu aceste produse se vor folosi mănuși de protecție, iar la terminare se vor spăla minile cu apă și săpun și se vor unge cu o cremă nutritivă; cînd se folosesc produse destinate scoaterii petelor și curățirii parchetului nu trebuie să fie surse de foc în apropiere, iar ferestrele încăperii vor fi deschise; produsele în doze spray nu se vor pulveriza în direcția unde se află persoane.

La mulți ani!

1981

IANUARIE

L 5 12 19 26
M 6 13 20 27
M 7 14 21 28
J 1 8 15 22 29
V 2 9 16 23 30
S 3 10 17 24 31
D 4 11 18 25

FEBRUARIE

2 9 16 23
3 10 17 24
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28
1 8 15 22

MARTIE

2 9 16 23 30
3 10 17 24 31
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28
1 8 15 22 29

APRILIE

L 6 13 20 27
M 7 14 21 28
M 1 8 15 22 29
J 2 9 16 23 30
V 3 10 17 24
S 4 11 18 25
D 5 12 19 26

MAI

4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28
1 8 15 22 29
2 9 16 23 30
3 10 17 24 31

IUNIE

1 8 15 22 29
2 9 16 23 30
3 10 17 24
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28

IULIE

L 6 13 20 27
M 7 14 21 28
M 1 8 15 22 29
J 2 9 16 23 30
V 3 10 17 24 31
S 4 11 18 25
D 5 12 19 26

AUGUST

3 10 17 24 31
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28
1 8 15 22 29
2 9 16 23 30

SEPTEMBRIE

7 14 21 28
1 8 15 22 29
2 9 16 23 30
3 10 17 24
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27

OCTOMBRIE

L 5 12 19 26
M 6 13 20 27
M 7 14 21 28
J 1 8 15 22 29
V 2 9 16 23 30
S 3 10 17 24 31
D 4 11 18 25

NOIEMBRIE

2 9 16 23 30
3 10 17 24
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27
7 14 21 28
1 8 15 22 29

DECEMBRIE

7 14 21 28
1 8 15 22 29
2 9 16 23 30
3 10 17 24 31
4 11 18 25
5 12 19 26
6 13 20 27

„SĂNĂTATEA 1981“

— un almanah realizat de către
colectivul redacției revistei „Sănătatea“,
organ al Consiliului Național al Societății de Cruce Roșie

Redactor șef: Maria SILEA

Secretar responsabil de redacție: dr. George M. GHEORGHE

Redactor coordonator: Cristian IONESCU

Fotoreporter: Lucian HUIBAN

Prezentarea artistică și copertele: Traian VASAI

Prezentarea grafică: Mauriciu SEGAL



Tiparul executat la
Combinatul poligrafic
„Casa Scintei“ București

**UN ALMANAH
PENTRU
TOATE
VÎRSTELE**

